FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N° 469

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR
Dominique RUEFF-DUVAL
Née le 3 avril 1931 à BOULOGNE SUR SEINE
Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le :

EBAUCHE D'UNE ETUDE STRUCTURALE DE PSYCHO-PATHOLOGIE DE L'ENFANT A PROPOS DE L'HYSTERIE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Dominique RUEFF-DUVAL

Née le 3 avril 1931 à BOULOGNE SUR SEINE

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine .

Présentée et soutenue publiquement le :

EBAUCHE D'UNE ETUDE STRUCTURALE DE PSYCHO-PATHOLOGIE DE L'ENFANT A PROPOS DE L'HYSTERIE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUCEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère .

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549211_0018

A ma Famille ,

A tous mes Amis .

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Clinique de Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris.

Il a été mon Maître pendant mon Externat.

Il m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Georges HEUYER

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine
de Paris.

Mon passage dans son Service a décidé de mon orientation.

J'ai envers lui une dette de reconnaissance que ce travail ne prétend pas acquitter.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J. de AJURIAGUERRA

Professeur de Clinique à l'Université de Genève.

Son enseignement m'a paru d'autant plus irremplaçable qu'il n'a pas été étranger au choix du sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien y voir l'expression de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Charles RIBADEAU-DUMAS

Attaché du Centre Neuro-Chirurgical de
l'Hôpital Ste-Anne.

Il m'a guidée au début de mon Externat, avec une inlassable et bienveillante patience.

Qu'il trouve ici l'expression de ma fidèle reconnaissance.

Au Docteur Louis CHEVALIER ,

mon premier maître .

A Monsieur le Docteur Serge LEBOVICI

Ex-Assistant des Hôpitaux de Paris.

Il a bien voulu inspirer ce travail, en suivre étroitement le développement.

Il n'a cessé de m'apporter en toutes circonstances son appui.

Il devine, je l'espère, l'étendue de ma gratitude envers lui.

A Monsieur le Docteur Henri EY

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

Son enseignement et son oeuvre représentent l'essentiel de ma formation psychiatrique ; aucune élaboration théorique, si modeste soit-elle, ne peut désormais se faire sans s'y référer.

Qu'il veuille bien croire à mon vif respect.

A Monsieur le Docteur Sven FOLLIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Avant de m'accueillir comme Interne dans son Service, il m'a fait l'honneur de m'accepter parmi ses élèves.

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Conrad STEIN

Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Au Docteur René DIATRINE

Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur Pierre MALE

Médecin de l'Hôpital Henri Rousselle.

Mon passage dans son service a été pour moi plus encore qu'une source inépuisable d'enseignements : une joie.

Qu'il veuille bien accepter cette thèse comme un témoignage de mon respectueux attachement.

I N T R O D U C T I O N

L'hystérie de l'enfant a fait l'objet de nombreux travaux depuis que PARIS (57), en 1880, décrivait l'hystérie chez les petites filles, bientôt suivi par CASAUBON (11), Paul MOREAU de TOURS (54), BEZY (7).

La clinique de neuro-psychiatrie infantile de Paris a permis plus récemment, sous la direction du Pr HEUYER (thèse de VIVIEN, 1944) (66), puis du Pr MICHAUX (thèse de Mme VAUGELADE, 1958)(65), de tracer de l'hystérie infantile un tableau complet ; bilan d'autant plus intéressant qu'il couvre tous les cas d'hystérie infantile qui ont pu être diagnostiqués depuis 1915. L'école de Lyon, sous la direction de BERNHEIM et KOHLER, (thèse de NIEL, 1949) (56) a poursuivi ses travaux dans la même direction. La comparaison de l'hystérie de l'enfant et de l'adulte a eu l'intérêt de retrouver chez l'un comme chez l'autre un terrain particulier sur lequel viennent se greffer toute une série de manifestations somatiques d'origine ou de signification psychique, qu'on désigne sous le nom de phénomènes de conversion.

Le Pr MICHAUX (52)(53) a insisté à maintes reprises sur les relations entre l'enfant normal et l'hystérique. Par sa plasticité physiologique, ses facultés d'imitation à la limite de la suggestibilité, son instabilité émotionnelle et motrice, l'enfant est le "candidat idéal" à l'hystérie. Relevant le polymorphisme des symptômes, il souligne dans leur mode d'apparition le rôle d'affections orga-

niques pré-existantes, véritables "méiopragies d'appel", suivant son heureuse expression. Sous sa direction, Mme VAUGELADE a dépouillé 22 000 dossiers de la clinique de neuro-psychiatrie infantile, trouvé 62 cas entrant dans le cadre de l'hystérie, et retenu finalement 29 cas de diagnostic certain. L'étude clinique de ces cas retiendra tout particulièrement notre attention. Ajoutons toutefois qu'au préalable, Mme VAUGELADE (65) nous livre une étude exhaustive des théories concernant aussi bien la pathogénie que l'étiologie (terrain, évènements déclenchants, rôle du milieu), le mécanisme de formation des symptômes, se référant constamment aux grands courants psychopathologiques qui ont abouti aux conceptions contemporaines de l'hystérie de l'adulte.

Parmi les cas retenus, "la crise nerveuse a été la manifestation la plus fréquemment observée. Très variable dans sa symptomatologie, elle se rapproche dans certains cas du 2ème ou 3ème stade de l'hystérie de CHARCOT. Le plus souvent elle est annoncée par une sensation de dérobement des jambes, divers troubles sensitifs ou sensoriels et consiste en mouvements désordonnés accompagnés de cris et de larmes.

- Dans quelques cas, les crises ont emprunté une symptomatologie psychiatrique : pseudo confusion mentale - agitation psycho-motrice et propos décousus.

Trois des malades au moins, sujets à des crises nerveuses, entrent dans la catégorie des hystéro-épilepsies. L'une présente, à côté de crises comitiales cliniquement certaines, des manifestations théâtrales dont le caractère pithiatique ne laisse aucun doute. L'intérêt de l'observation réside dans la précession des troubles pithiatiques sur le trouble organique. Deux cas ne font des crises qu'à l'occasion de contrariétés, mais chez ces deux malades, l'examen électro-encéphalographique a mis en évidence une comitialité latente. Chez une autre hospitalisée pour des accès de hoquet mais qui présentait des crises avec perte de connaissance, l'hypothèse d'une comitialité a été écartée au moment de son hospitalisation. Elle doit cependant être soulevée.

- Des troubles moteurs, à type d'astasie-abasie, de contractures, d'attitudes vicieuses du tronc ou d'un membre ont été observés avec une relative fréquence, de même que les cas de dyspnée.

La boule épigastrique est évoquée par plusieurs de nos malades. Dans trois cas, des troubles visuels dominent le tableau et des troubles auditifs, surdité ou

bourdonnements d'oreille s'ajoutent souvent à d'autres manifestations plus spectaculaires. Par contre, nous n'avons trouvé aucun cas d'anesthésie. (...) Nous avons pu décrire un cas de douleur, et un cas de vomissement.... "

Abordant le chapitre du diagnostic, l'auteur poursuit :

"Le diagnostic est simple dans les cas typiques. Il repose sur les caractères propres des symptômes et la mise en évidence de leur orogine psychique.

L'absence d'objectivité des symptômes oppose les troubles hystériques aux affections somatiques et aux psychoses, le fond mental qui les sous-tend permet de les différencier des autres troubles psychogènes.

Cependant, la fréquence des associations vient souvent compliquer le problème et il n'est pas toujours aisé, d'autre part, de tracer nettement les limites de l'hystérie (*) (...). L'anorganicité et l'atypie des symptômes, leur caractère démonstratif et leur réversibilité sous l'effet de moyens purement psychiques en sont les critères habituels. Aucun de ces éléments pris isolément n'a cependant de valeur absolue : le caractère atypique d'un symptôme ne permet pas d'affirmer son origine pithiatique. Le diagnostic d'hystérie n'est pas un diagnostic d'élimination. (Pr MICHAUX)."

Le diagnostic différentiel se pose :

- Avec certaines affections organiques dont, bien entendu, l'épilepsie.
- Avec les psychoses, en particulier la schizophrénie.
- Avec les autres crises nerveuses ; les affections psychogènes et psychosomatiques.
- Avec les autres névroses : phobies, l'association n'est pas rare, ainsi qu'avec les troubles hypocondriaques.
- Avec la simulation.

Le pronostic est considéré habituellement comme favorable.
Cependant "les névroses d'angoisse et les troubles hypocondriaques se voient assez fréquemment, les récidives ou les passages à la chronicité, les incidents médico-légaux liés au terrain mythomaniaque ne sont pas exclus, l'apparition d'une schizo-

---

(*) - C'est nous qui soulignons.

phrénie reste à redouter". "Cette constatation conduit à penser que si l'hystérie de l'enfant est fragile, elle suppose un terrain qui doit nuancer l'optimisme du pronostic (*) (Pr MICHAUX)."

Les relations entre les chapitres du diagnostic positif et différentiel et du pronostic, nous mènent au coeur du problème que nous souhaiterions traiter. Il est hors de question d'ajouter à un matériel clinique aussi abondant d'autres séries d'observations, dont la valeur statistique serait forcément moindre.

- Il est également impossible de reprendre, dans son ensemble, la psychopathologie de l'hystérie, depuis que CHARCOT a donné asile à la "grande névrose" à la Salpétrière. Ce serait, outre les nombreuses théories classiques, toute l'histoire des théories psychanalytiques qu'il faudrait reprendre. Il est inutile de rappeler que toute l'oeuvre freudienne est issue des "Etudes sur l'Hystérie" publiées avec BREUER, en 1896 (23).

- Mais il nous semble cependant fécond de reprendre dans une perspective un peu différente certains des problèmes cliniques de l'hystérie de l'enfant. Les observations récentes aussi bien que celles de VIVIEN (66) - BERNHEIM et KOHLER (6) - NIEL (56) - ROBINS et O'NEAL (61) - LJUNGBERG (48) - PROCTOR (58) - portent sur un grand nombre de cas. Et comme dans toute étude horizontale, se pose le problème de la sélection : ou bien on ne retient que des formes caractéristiques - et la difficulté réside dans la délimitation de ces formes, les critères sur lesquels on se base pour retenir ou écarter certains cas ; ou bien on accepte toutes les formes dégradées - et le choix perd de sa spécificité.

Plusieurs des études mentionnées comprennent des observations prolongées sur nombre d'années ; mais, le plus souvent, il s'agit d'enquêtes a posteriori où l'observateur ne tient compte que des formes extérieures de l'évolution du malade : présence ou absence de symptômes, comportement, insertion sociale. On peut ainsi juger schématiquement de l'évolution par rapport à des critères psychiatriques généraux d'adaptabilité ; mais la structure interne de la névrose initialement

---

(*) - C'est nous qui soulignons.

diagnostiquée n'est pas abordée. Pour reprendre l'expression du Pr MICHAUX (53), si "l'hystérie n'est pas un diagnostic d'élimination", le passage avec les formes pathologiques voisines nous renseignera autant sur sa structure que la délimitation rigoureuse de sa forme typique.

Nous avons été frappés de voir, en particulier dans les observations de Mme VAUGELADE (65), à quel point les formes évolutives, les formes dites "associées" et les formes rejetées dans le diagnostic différentiel s'enchaînaient les unes aux autres sans solution de continuité. Et ceci ne rend pas seulement compte des difficultés externes de l'étude de l'hystérie chez l'enfant : cela doit, nous semble-t-il, conduire à une approche dynamique interne de la structure hystérique, dont la spécificité réside justement dans cette aptitude constante au passage à des formes voisines.

D'autre part, parmi les cas sélectionnés, le "polymorphisme" symptomatique a été maintes fois souligné. Cette variation des symptômes à l'intérieur du cadre nosographique "hystérie" pose également un problème. Comme le dit LEBOVICI (42), il y a "quelque danger sur le plan de l'efficacité clinique à grouper sous le nom d'hystérie infantile un certain nombre de manifestations qui ont, en fait, une signification et un devenir fort différents. Qu'y a-t-il de commun entre la simulation utilitaire chez l'enfant, les phénomènes de conversion qui sont extrêmement rares et les manifestations élaborées d'hystérie qui peuvent conduire à des évolutions différentes, dans le sens du déséquilibre de la conduite, de la névrotisation ou de la psychotisation."

Diaphragmant au maximum notre étude, nous avons été amenés à centrer notre travail sur un très petit nombre de cas, envisagés de manière résolument dynamique. Ce qui a retenu notre attention, ce sont justement les formes de passage des symptômes entre eux et de la névrose hystérique aux autres cadres nosographiques : comme toujours en matière de psychiatrie infantile, les symptômes n'ont de valeur qu'évolutive. Il importe de les replacer, compte tenu de l'âge auquel ils surviennent, par rapport aux structures et pré-structures évolutives de l'enfant et de leur devenir chez l'adulte. Il nous apparaît que seule une étude chronologique longitudinale permet de vérifier ou de modifier des appréciations pronostiques qui n'ont de valeur qu'à un moment donné du développement.

A partir de nos observations, nous avons centré notre travail autour de deux points principaux :

1°/- A l'intérieur du cadre hystérique, quelles sont entre elles les relations de formes nosologiques distinctes telles que : simulation, mythomanie, phénomènes de conversion.

2°/- Quelle est la valeur évolutive de la structure hystérique par rapport à :

- la psychose
- la névrose obsessionnelle
- les formes caractérielles de déséquilibre de l'adulte.

Nous partirons de la description des observations pour envisager, à propos de chacune d'elles, les problèmes qu'elle pose.

Nous ne nous dissimulons pas à quel point cette étude est fragmentaire. Non seulement il est impossible d'aborder tous les problèmes psychopathologiques de la structure hystérique, mais encore il ne serait pas justifié de généraliser à l'extrême des conclusions tirées de cas particuliers. Si nous avons pu choisir de mettre l'accent sur tel ou tel trait significatif, c'est que les travaux récents de la Clinique de neuro-psychiatrie infantile permettent de compléter nos inévitables lacunes par la description véritablement panoramique de l'hystérie infantile.

Quelques questions auront été posées : aucune réponse ne prétend être définitive. Si la lecture de notre travail suggère de soulever d'autres problèmes, il n'aura pas été tout à fait vain.

*
* *

P R E M I E R E P A R T I E

RELATIONS DE LA MYTHOMANIE AVEC LES CADRES NOSOLOGIQUES VOISINS : SIMULATION ET SYMPTÔMES DE CONVERSION

Nous partirons, pour cette étude, de deux observations,

- celle de RENAUD ,
- et celle d' ANNA .

1° - RENAUD(*)

Agé de 11 ans et demi lors de la première consultation. Amené par sa mère pour :

mensonges - fabulations - mythomanie.

(*) - Nous tenons à exprimer notre gratitude à Mme BONNAFÉ - Mme LAFONT - M^lle LAURENT, qui ont collaboré dans le service du Dr MALE à l'élaboration de cette observation.

Milieu familial

Le père est courtier

La mère est une femme élégante, assez séduisante.
Lors du premier entretien, laisse entrevoir une mésentente conjugale marquée.

Un frère aîné de 14 ans, qui ne pose pas de problèmes.

La grand'mère maternelle habite au foyer.
Mésentente avec son gendre.

Renaud Morphologie légèrement ambiguë, avec un bassin un peu infiltré, féminoïde. Expression verbale nuancée et riche.

Dans ses antécédents

Le premier développement a été normal.

A cinq ans, la veille d'une intervention pour amygdalectomie, chute à deux reprises, avec fléchissement des genoux, dérobement des jambes, épisode étiqueté par la mère comme "un début de poliomyélite", bien que les médecins n'aient jamais été d'accord.

L'amygdalectomie s'est passée à la maison.
Renaud, enfermé dans la salle de bains avec le chirurgien masqué, flanqué de deux assistants, la mère n'ayant pas été autorisée à rester ; sous anesthésie générale.

Au réveil de l'anesthésie, est tombé dans une sorte de coma vigile, sans fièvre, avec ponction lombaire normale.
Au bout de deux jours d'hospitalisation sans traitement, tout est rentré dans l'ordre.

Un jour où son père l'interrogeait sur une composition, est tombé "en syncope".

Actuellement,

ses parents se plaignent de ses cclères, de ses fabulations, de ses mensonges, de son manque de rendement scolaire.

Il manifeste un goût extrême pour toutes les fictions.
Ayant vu "Ben Hur", le lendemain sa famille est considérée comme une famille romaine, et le chien est un esclave.

Assez curieusement, il s'identifie dans ce film au personnage de Marsala, faux ami qui a fait emprisonner la mère et la soeur de Ben Hur et leur a communiqué la lèpre. Il mourra à la fin du récit écorché vif...

Il vit dans un "monde à part" suivant l'expression de la mère ; secret, rêveur, il aime mystifier ses camarades, leur racontant par exemple qu'il a fait des voyages fabuleux ; il exprime difficilement ce qu'il pense sans détour. Les problèmes d'astrologie le fascinent. Il connaît son signe astrologique - au décan près.

Sa mère a renoncé à lui donner de l'argent de poche, car il est pris à ce moment-là d'une véritable "frénésie de dépenser".

L'E.E.G. pratiqué par le Docteur BERGES montre un "tracé dépourvu de signes formels de comitialité. Sensibilité à l'hyperpnée ; tracé à interpréter dans une perspective d'immaturation."
Au cours de l'E.E.G., Renaud a eu "l'impression qu'il tombait dans un trou".

Le WECHSLER-BELLEVUE montre un niveau de 14 ans pour un âge réel de 11 ans 9 mois.

M. ZAZZO note : "bon niveau, mais on observe en cours de passation à la fois une certaine passivité et une tendance à abandonner devant la difficulté."

T.A.T. : "J'interprète aussi comme un refus de l'effort la pauvreté du T.A.T. L'imagination est sans doute assez vive, mais elle a les ailes coupées dans la situation de test. On peut cependant déceler dans le protocole des difficultés avec l'entourage ; d'où refuge dans la passivité, ou fuite. En même temps, tendance à l'exhibition pour retrouver la confiance de l'entourage.

Retard affectif avec attachement encore trop étroit à la mère.

Morphologiquement et psychologiquement, de type viscéro-somatotonique. D'où son impulsivité et en même temps sa passivité, ses colères et ses abandons. On imagine assez bien les heurts avec le père si celui-ci présente le même type et le même style."

De l'attitude pendant le test, il faut rapprocher l'attitude de Renaud pendant l'examen : quand on lui demande de dessiner un personnage, gribouille un bonhomme informe, alors que la mère signale qu'il est très doué pour le dessin.

A la suite du 1er examen, le docteur MALE conclut :
"Structure mythomaniaque chez un enfant bien doué. Episode cours d'hystérie de conversion vraisemblable.
Tendances hystéro-phobiques.
Dominance des imaginaires.
Identifications serrées, notamment à la mère.
Hypogénitalité."

Deux mois plus tard, la mère revient.
Elle estime qu'un progrès a été réalisé : il semble que les résultats scolaires soient meilleurs et les mensonges ont diminué.

A ce propos, Renaud dit : "Je n'ai plus de raison de mentir, puisque je travaille bien", sans aucune angoisse apparente. Le tableau initial se nuance, comme le souligne le Dr MALE, d'une nuance péjorative : en effet, les résultats

des tests joints aux données cliniques rendent compte d'une agressivité marquée dissimulée sous des attitudes de bravade, avec des formations réactionnelles particulièrement importantes, destinées à protéger de l'angoisse.

Aussi bien dans le milieu familial et scolaire que dans le contact clinique, il ne peut entrer en relation que par la voie de détours, de dissimulation des affects ressentis.

Le Dr MALE écarte l'éventualité d'une délinquance de type agressif, mais n'exclut pas les possibilités d'accentuation des traits de mystification et de mise à distance de l'objet, dans une personnalité de type "escroc".

Il conclut aux nécessités d'une psychothérapie.

2° - ANNA

Voici maintenant l'observation d'Anna(*), que je vis pour la première fois en mai 1957 à l'âge de 8 ans 5 mois.

Anna provient d'un ménage divorcé, le père a pratiquement abandonné la mère qui vivait, au moment de la consultation, avec son deuxième mari - cinéaste - qui avait d'abord été son ami. Après avoir vécu de zéro à neuf mois avec son père et sa mère, l'enfant fut élevée par sa grand'mère maternelle et ne voyait que de façon fort intermittente sa mère, qui menait une vie très mondaine dans les milieux cinématographiques.

Ce fut une enfant difficile à élever. A noter qu'elle hurlait sans arrêt, qu'elle se montra capricieuse au point de vue alimentaire et qu'elle fut longtemps insomniaque.

De petits accidents doivent être signalés : lorsqu'on lui enleva les végétations à trente mois, elle ameuta la clinique ; les vaccinations furent suivies d'accidents ; elle eut plusieurs otites avec paracentèses. A l'école maternelle, son adaptation fut médiocre, et à l'école communale, cours élémentaire deuxième année, où elle se trouvait, on la considérait comme une instable.

La grand'mère nous l'amena en raison de ce qu'elle appelait ses obsessions sexuelles. Au moment où elle se masturbait de façon ouverte, elle disait à sa grand'mère qu'elle allait mourir et que ça lui ferait plaisir. Elle avait dessiné la tombe de sa grand'mère il y a deux ans.

Ses obsessions auraient débuté après des vacances avec la mère, à Pâques. Elle en est revenue en sanglotant et en disant que "ça lui disait dans sa tête de la tuer", et en prétendant qu'elle avait très peur de cette pensée obsédante car elle l'aimait beaucoup et ne voudrait pas le faire. Puis cette obsession a pris une tournure sexuelle ; Anna disait : "Je t'enfoncerai cette barre de fer dans

(*) - Observation communiquée par le Dr LEBOVICI.

ton trou devant, ça te tuera et je pourrai te regarder les fesses". Je concluais, sur les indications d'une psychanalyse, en notant qu'à travers tous les éléments hystériques d'assez bon pronostic, Anna semblait réellement anxieuse et qu'il s'agissait effectivement d'idées obsédantes.

Je revis la grand'mère quelques semaines après, qui se plaignait que la vie fût devenue encore plus impossible ; il y a encore quelques jours, après un récital de danse, Anna lui disait qu'elle "avait le cul des garçons dans sa tête" et "qu'elle la tuerait pour voir ses fesses". Elle ne veut plus aller chez ses parents.

Je revois Anna après un an. Je l'avais envoyée dans un home d'enfants dont elle revint, paraît-il, guérie après un séjour de trois mois ; la grand'mère ayant fait un infarctus du myocarde dans les semaines précédentes, la mère l'avait reprise. L'analyse n'avait pas été faite, contrairement à mes conseils. Le contact restait très hystérique, mais il n'y avait plus d'idées obsédantes.

A la fin de 1958, au retour d'un séjour à Deauville avec la mère et le beau-père, où Anna se plaignait d'avoir mal aux oreilles et hurlait sans arrêt jusqu'à ameuter l'hôtel, où elle fut conduite en clinique, dormit deux jours et ne se plaignit plus des oreilles, elle se plaignait de douleurs d'estomac et me fut amenée parce qu'elle prétendait ne pouvoir plus remuer son bras après qu'on l'ait poussée. Je la vois quelques instants et je lui demande, par une suggestion simple, de remuer son bras ; lorsque la mère revient, elle se dit guérie.

Je n'entends plus parler de cette famille jusqu'en décembre 1959.
La mère trouve qu'Anna va très bien ; elle vit chez elle et va pendant les week-end chez sa grand'mère. Elle est en sixième à l'école bilingue ; on ne veut pas la garder car elle est dissipée et empêche les autres de travailler ; elle s'exhibe, tire les cheveux de ses camarades, n'est plus énurétique. Les indications de psychanalyse me paraissent toujours évidentes, le contact est de plus en plus hystéroïde et il me semble qu'on s'oriente essentiellement vers un caractère hystérique.

Le problème posé à propos d'Anna me semble évoluer vers les formations hystériques du caractère et la signification de ce qu'elle appelait ses obsessions. Elle me paraissait à l'époque réellement anxieuse et avait ses idées obsédantes de caractère sexuel et sadique vis-à-vis de sa grand'mère ; celles-ci ont spontanément disparu et il ne semble plus y avoir de nuances obsessionnelles dans la structure de la personnalité. A noter l'accident type simulation en 1958, et l'évolution vers un caractère difficile très hystérique.

Ces deux observations posent le problème des relations réciproques entre mythomanie et simulation, - mythomanie et phénomènes de conversion - structure hystérique et structure phobo-obsessionnelle ; nous reviendrons, dans la seconde partie de ce travail, sur les formes de passage de l'hystérie à la névrose obsessionnelle ; mais avant d'aborder la mythomanie, il nous semble que le cas de Renaud impose un examen de ce que peut représenter le traumatisme de l'amygdalec-

tomie dans son histoire. Depuis les travaux de JANET et les discussions fameuses dirigées par BABINSKI sur le rôle des émotions, des traumatismes dans le déclenchement de symptômes hystériques, la quasi-totalité des auteurs y consacrent un chapitre particulier dans leurs études sur l'hystérie.

"L'accident hystérique apparaît comme une réaction à certains évènements, comme le moyen destiné à mettre fin à une situation pénible , écrit Mme VAUGELADE. L'étude de ces évènements nous permettra de mettre en évidence les mobiles des manifestations hystériques. Le rôle de l'émotion continue, depuis BABINSKI, à être discuté dans son importance et ses modalités d'action.

Rappelons la position de BABINSKI : pas de trouble pithiatique à la suite d'une émotion très forte ou très faible. Seules les émotions d'intensité moyenne peuvent engendrer des accidents hystériques.

Pour d'autres auteurs, au contraire, le rôle de l'émotion est capital (GUILLAIN - DEJERINE - CLAUDE - PITRES) (...) Deux remarques semblent nécessaires : il paraît difficile d'apprécier valablement le degré d'intensité d'une émotion chez des sujets qui, souvent, nous l'avons vu, se distinguent précisément par une émotivité anormale. D'autre part, il faut distinguer l'émotion elle-même, - réaction instinctive, - des phénomènes déjà élaborés de déterminisme psycho-social, qui peuvent s'y rattacher. Ainsi, la crise émotive, réponse directe à une stimulation de caractère le plus souvent désagréable, n'est évidemment pas une crise hystérique, mais parfois les deux phénomènes s'associent immédiatement ou à retardement (VIVIEN - CREMIEUX) (...) .

A côté de l'émotion unique, il faut faire place aux chocs moins intenses mais répétés. Pour les physiologistes pavloviens, ils sont particulièrement aptes à provoquer une rupture d'équilibre de l'activité corticale.

Le rôle de l'émotion est cependant rarement aussi net. Pour un grand nombre d'auteurs, l'émotion n'engendre pas directement un trouble hystérique mais peut en préparer le terrain chez certains sujets jusque-là indemnes.

Nous retrouvons ici les théories qui font intervenir la notion de dissolution fonctionnelle (KRETSCHMER - EY). LOGRE, (49) écrit : "L'émotion n'a pas la valeur d'une cause efficiente nécessaire et suffisante. Mais que l'émotion intervienne dans le mécanisme de la suggestion hystérique, à titre de cause soit prédisposante, soit occasionnelle, c'est ce qui me paraît difficilement contestable." "Des hystéries collectives (cf. Dr MICHAUX, réf.) nous fournissent un exemple de l'envahissement du psychisme par l'émotion, rendant plus efficace l'action de la suggestion."

L'auteur semble ici comprendre sous le terme de traumatisme les circonstances actuelles de déclenchement d'une crise hystérique ou d'apparition d'un phénomène hystérique.

FREUD et BREUER (23), dans leurs premiers travaux, soulignent que le traumatisme psychique agit non comme"agent provocateur", mais à la manière d'un corps étranger qui subsiste alors même que le sujet en a perdu le souvenir. On sait comment ces auteurs ont découvert que le souvenir de l'accident déclenchant joint à l'émotion accompagnant cette remémoration, entraînait la disparition des symptômes: la méthode cathartique était née.

Ainsi, le souvenir du traumatisme <u>refoulé</u> garde toute sa charge pulsionnelle que la catharsis peut remettre au jour (24).

La notion même de <u>traumatisme</u> refoulé conduit à celle de <u>conversion</u>. "L'idée insupportable est rendue inoffensive parce que la quantité d'excitation qui lui est attachée a été transmutée en une forme corporelle d'expression, procédé auquel je proposerai le nom de conversion." et FREUD ajoute que ce traumatisme est souvent lié à des problèmes sexuels (25). Dans son article central sur l'étiologie de l'hystérie (1896) (26), FREUD se comparant à un archéologue reconstruisant un palais à partir des ruines, s'attache à remonter de proche en proche jusqu'à la <u>scène traumatique initiale</u>, scène qui doit avoir une qualité déterminante, spécifique et une force traumatique. Mais quand on arrive à la découverte de cette scène, elle paraît inoffensive, non reliée aux symptômes et sa découverte n'entraîne pas la guérison. Il faut donc aller plus loin, et finalement on arrive

infailliblement au domaine d'une expérience sexuelle et qui plus est, une expérience infantile, scène de séduction par un adulte, survenue vers 3 ou 4 ans, qui a été refoulée, en raison même de la culpabilité qui lui est attachée ; ce n'est pas l'expérience elle-même qui est traumatisante, mais le souvenir qui persiste et est réactivé à la période de maturité sexuelle.

FREUD, jusqu'en 1897, reste convaincu que cette scène de séduction infantile, le plus souvent due à la séduction par le père, réellement vécue, est à l'origine de l'hystérie. Et puis, le 21.9.1897, il écrit à FLIESS (27) dans le désarroi, lui énumérant les raisons qui le poussent à abandonner sa théorie de l'origine infantile des névroses.

Il y eut "la surprise de constater que, dans chacun des cas, il fallait accuser le père de perversion..., la notion de la fréquence inattendue de l'hystérie où se retrouve chaque fois la même cause déterminante, alors qu'une telle généralisation des actes pervers commis envers des enfants semblait peu croyable. (La perversion, en ce cas, devrait être infiniment plus fréquente que l'hystérie puisque cette maladie n'apparaît que lorsque les incidents se sont multipliés et qu'un facteur affaiblissant la défense est intervenu). En troisième lieu, la conviction qu'il n'existe dans l'inconscient aucun "indice de réalité" de telle sorte qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre la vérité et la fiction investie d'affect. (C'est pourquoi une solution reste possible, elle est fournie par le fait que le fantasme sexuel se joue toujours autour du thème des parents) (...) Il semble douteux que des incidents survenus tardivement puissent susciter des fantasmes remontant à l'enfance."

Loin d'abandonner ses positions quant à l'origine infantile de la névrose, FREUD, abandonnant l'idée d'un traumatisme pathogène réellement vécu, donna peu à peu toute sa place à la sexualité infantile organisée autour du conflit oedipien. "Quand les hystériques attribuent leurs symptômes à des traumatismes fictifs, ce fait nouveau signifie qu'ils ont ainsi créé des scènes imaginaires. Il est donc nécessaire de tenir compte non seulement d'une réalité pratique, mais aussi d'une réalité psychique. Bientôt on découvrit que ces fantasmes servaient à dissimuler les activités auto-érotiques de la première enfance, à les masquer et à les porter à un niveau plus élevé. Puis derrière les fantasmes, apparut dans toute son ampleur

la sexualité de l'enfant." (FREUD (27)) D'un traumatisme extérieur, FREUD passe donc à la notion d'un conflit internalisé lié à la représentation de la scène primitive (représentation du coït des parents) dans le contexte du conflit oedipien. LEBOVICI et DIATRINE (44) ont montré comment, au cours de l'analyse de l'enfant, "la figuration des rapports sexuels des parents, qu'ils soient vécus comme relation d'incorporation et de réjection, ou comme relation génitalisée est constante". Nous reviendrons sur l'importance des fantasmes de l'enfant ; d'ores et déjà, insistons sur la valeur qu'ils confèrent au rôle du traumatisme.

En effet, quoi de plus banal qu'une amygdalectomie ? combien d'ablations des amygdales pratiquées sans aucun incident ! pourquoi, alors, a-t-elle été suivie chez Renaud d'un épisode de conversion spectaculaire et précédée d'une série de troubles où il est difficile de faire la part de la conversion et de la simulation ?

Il est certain que l'âge de survenue - 5 ans - joue un grand rôle ; à la lumière de ce que nous venons de dire, une intervention chirurgicale survenant à l'orée de la phase de latence, ne peut être vécue - dans l'inconscient - que comme une castration en relation avec le désir de l'enfant pour sa mère. L'attachement étroit que Renaud manifeste actuellement - à travers son agressivité - pour sa mère fournit un argument en ce sens (compte tenu de ce que nous savons sur l'organisation libidinale de l'enfant).

Le traumatisme précis, retrouvé par l'interrogatoire de la mère, ne prend donc sa valeur, ici comme ailleurs, que dans la mesure où il est intégré dans les élaborations fantasmatiques de l'enfant qu'il ré-actualise. Ceci nous permet de répondre à des critiques souvent formulées vis-à-vis des théories psychanalytiques des traumatismes : banalité ou grande fréquence des traumas invoqués, relation simpliste de causalité entre traumas et symptômes, etc...

Il ne faut ni méconnaître l'importance d'un vécu traumatisant, ni l'isoler de l'histoire antérieure des relations du sujet, ni oublier que les évènements ne prennent leur valeur dramatique qu'en fonction de conflits internalisés réactivés.

Le cas de Renaud pose un autre problème : celui de la mythomanie.

Nous allons préciser cette notion et tenter d'en décrire l'articulation avec la simulation et les phénomènes de conversion. Le terme, on le sait, a été créé par DUPRE (18), qui le définit ainsi : "tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires". Il existe pour lui une mythomanie "normale" chez l'enfant : mensonges, fabulations, simulations sont chez lui monnaie courante. "L'enfance est l'âge par excellence des manifestations mythiques de tout ordre".

Chez l'enfant anormal, la mythomanie devient pathologique, par son intensité, sa persistance, ses associations morbides. Elle peut prendre chez les débiles un caractère de vanité, chez d'autres, de malignité "depuis la simple malice jusqu'à la plus cruelle férocité". Enfin, elle peut avoir l'allure d'une mythomanie perverse.

Le problème majeur est toujours, selon DUPRE (18), celui de ses relations avec l'hystérie.

"On observe très souvent des rapports étroits de coïncidence ou de succession entre les manifestations de la mythomanie et les accidents de l'hystérie (...). Il est illégitime de grouper sous une étiquette commune des faits aussi disparates que les attaques convulsives, le rétrécissement du champ visuel, l'hémianesthésie et le mensonge, et j'estime que la dissociation du bloc hystérique s'impose (...).

Les faits mythopathiques, d'une part, les faits hystériques, d'autre part, offrent un grand caractère commun : ils sont tous deux constitués par la simulation, provoquée ou spontanée, d'un fait inexistant en lui-même. Chez l'hystérique, le fait simulé appartient, le plus souvent, à l'ordre pathologique, et s'objective avec la complicité synergique de l'esprit et du corps, sous forme d'un syndrome névropathique. Chez le mythomane, le fait simulé, d'ordre beaucoup plus général, s'objective de préférence par le langage, mais avec la collaboration étroite de toutes les autres activités organiques, sous forme d'une fable plus ou moins compliquée.

Quand la simulation paraît inconsciente et involontaire, elle est dite hystérique. Quand, au contraire, la simulation, souvent dictée par un sentiment plus ou moins intéressé, paraît consciente et volontaire, elle n'appartient plus,

pour l'immense majorité des auteurs, à l'hystérie, et se rattache alors au vice, à la perversité, à ce qu'on entend généralement sous le nom de simulation. Le malade n'est plus un hystérique, c'est un simulateur. (...) J'ai longtemps observé des sujets manifestement hystériques pour les uns, évidemment simulateurs pour les autres, et que je regarde comme des mythomanes, c'est-à-dire comme des sujets à la fois ou tour à tour hystériques et simulateurs, capables d'organiser, avec ou sans l'intervention de la volonté consciente, des simulations morbides et des fabulations dont la psychogenèse varie suivant les moments, les occasions, les observateurs et la forme clinique de l'œuvre mythopathique."

LOGRE (49) a repris largement les théories de DUPRE :

Pour lui, "l'hystérie est une forme de suggestibilité pathologique parmi beaucoup d'autres". L'état mental habituel des hystériques, c'est la "mythomanie mythoplastique", fabulation en acte, à thème médical et à moyens d'expression plastiques et mimiques. La "sincérité" de l'hystérique est toujours discutable : "L'hystérique ne fabrique en réalité que du faux." La suggestibilité du pathologique "aboutit à un mode particulier d'expression clinique : la psycho-plasticité de l'hystérique." De plus, il est toujours extrêmement difficile de délimiter hystérie et simulation.

DUPRE et LOGRE introduisent donc le problème :

1°/- de la sincérité de l'hystérique : malade ou simulateur ?

2°/- des relations entre phénomènes de conversion et mythomanie.

1°/- SIMULATION ET HYSTERIE

Presque tous les auteurs, après DUPRE et LOGRE, et en partie sous l'influence de BABINSKI, se posent la question de la sincérité de l'hystérique, d'autant que tous s'accordent à souligner le théatralisme des symptômes, la suggestibilité du sujet.

Sans insister sur les théories de BOISSEAU (8), pour qui hystérie et simulation sont synonymes ("L'hystérique n'est rien autre qu'un simulateur dont l'insincérité et la simulation n'ont pas été avouées ou n'ont pas été percées à jour"),

rappelons que, pour la plupart des auteurs, le "diagnostic différentiel" est difficile à faire. VIVIEN (66) pense que c'est impossible en dehors de "l'aveu" et du "flagrant délit". GELMA (36) note que les simulateurs vrais, "fraudeurs intentionnels" sont rares : "l'hystérique de cette catégorie (...) fabrique réellement. Personne n'y contredit. Mais il lui est impossible... de se comporter autrement. Et c'est ce qui fait sa morbidité." - De même, le Pr MICHAUX (53), convient que la simulation la plus patente peut survenir sur le même fond mental que l'hystérie et obéir à des motifs affectifs analogues. C'est ce qu'il nomme : "sursimulation de justification". Ailleurs, il écrit : "Alors que l'hystérique connaît les mobiles de ses mystifications pathologiques, alors qu'il connaît ses symptômes comme on connaît ce qu'on a soi-même fabriqué, il ignore que de ceux-là à ceux-ci intervient une suggestion. Là est le seul processus sincère de la détermination hystérique : un îlot de bonne foi au milieu d'un océan de comédie. La distinction du simulateur et de l'hystérique ne tient pas à plus. Le premier trompe de bout en bout l'entourage sans s'illusionner lui-même une seconde. Le second en arrive à se prendre par moments à sa comédie : un mystificateur mystifié par lui-même, tel est l'hystérique."

Il faut bien dire que le concept de "simulation" renvoie à une terminologie d'ordre moral : sincérité, mensonge, et engage l'observateur dans une attitude de juge : quel crédit puis-je ajouter à cette fable ?.. dans quelle mesure le sujet en est-il entièrement responsable ?.. nous sommes vite entraînés loin de la description symptomatique ou de l'appréciation des possibilités thérapeutiques. Comme l'écrit NEYRAUT (55), le concept même de mythomanie conduit à une révision critique des définitions de la vérité, du mensonge, de la sincérité ; le mythomane est alors compris comme "un type de comportement particulier : celui de l'homme qui déçoit notre exigence de sincérité". Comme toujours chez l'enfant, le "mensonge" peut d'ailleurs revêtir pour l'observateur une signification très différente suivant les moments de son évolution.

- Ainsi, étudiant l'évolution de la pensée de l'enfant à propos de l'organisation du délire, LAROCHE (41) écrit : "Au-delà de trois ans son émancipation va permettre à l'enfant l'apprentissage du mensonge, dont la réussite est d'une importance déterminante dans l'évolution psychologique. Utilisé d'abord de façon ludique, le mensonge n'a d'autre valeur que celle d'une opposition à l'adulte,

sans que l'enfant lui prête aucunement le pouvoir de convaincre. Mais un jour, et cela d'autant plus tôt que la certitude de son autonomie est plus rapidement et plus profondément vécue, l'enfant s'aperçoit que son mensonge "prend" : l'adulte qui croit son mensonge ne connaît pas sa pensée.

De ce moment, sont transformées les relations de l'enfant avec son entourage. Le mensonge lui revient en effet comme une vérité puisqu'il sort de la bouche des parents. Le refoulement devient possible, l'enfant s'identifiant à l'adulte qui croit son mensonge. Bien plus que "l'héritier du complexe d'Oedipe", le Surmoi apparaît comme l'héritier du mensonge, qui lui donne son caractère adulte de Surmoi verbal, où la culpabilité se substitue à la peur. Le mensonge permet l'introjection des images parentales.

Mais, s'il apprend en quelque sorte empiriquement que l'adulte ignore ce qu'il pense, l'enfant ne vit cette situation que progressivement. Il ressent longtemps l'adulte comme ayant le pouvoir de connaître sa pensée, et cela d'autant plus que le sentiment de son autonomie est plus précaire et plus tardivement acquis. Aussi, c'est seulement lorsqu'est achevée l'introjection des images parentales, c'est-à-dire vers onze à douze ans, que la dénégation peut acquérir sa valeur protectrice ; protection plus ou moins grande d'ailleurs, selon que cette introjection est vécue ou seulement acquise intellectuellement.

Mettant en cause l'efficacité du refoulement, l'échec du mensonge, quelle qu'en soit la cause, compromet de façon grave toute l'évolution."

FENICHEL (21) insiste également sur les relations entre mensonge et dénégation, la personne qui écoute le mensonge servant de témoin dans le conflit entre le souvenir, (ou la conscience d'une excitation) et la tendance à la dénégation du refoulé ; le mensonge a la valeur d'une protection contre la réalité fantasmatique : "Il est possible de faire croire aux gens que l'imaginaire est vrai; il est donc possible que des faits réels dont le souvenir me hante soient imaginaires."

Ainsi le mensonge et la simulation prennent leur valeur chez l'enfant par rapport à la nécessité impérieuse de se protéger contre la réalité pulsionnelle qui transparaît dans les fantasmes et la culpabilité qu'elle comporte. C'est par leur relation avec la dénégation et le refoulement que l'on peut comprendre leur place dans l'éventail des symptômes dits hystériques. Cependant, la simulation,

si - dans la mesure où elle s'apparente au mensonge - renvoie en profondeur à la dénégation et au refoulement, revêt une signification différente si on l'étudie par rapport aux phénomènes de conversion.

Chez Renaud, en effet, qu'y a-t-il de commun entre les phénomènes de dérobement de jambes précédant l'intervention, et le coma qui la suit ?.. Chez Anna, quelles sont les relations entre la prétendue impotence fonctionnelle du bras et les autres symptômes de son histoire clinique ?..

Il nous semble que c'est le degré de conscience qui est significatif. Nous ne voulons pas dire ici la qualité de "conscience claire" du sujet qui simule, mais l'appréciation du phénomène observé par rapport à d'autres symptômes dont - non seulement la signification profonde échappe au sujet - mais encore dont l'histoire est liée à des conflits plus archaïques et plus actuellement virulents.

Economiquement parlant, il y a une différence considérable entre simuler une paralysie pour échapper à une intervention et tomber dans un "coma fonctionnel" à la suite de celle-ci. Le deuxième terme de cette alternative représente l'échec de la première. La simulation utilitaire représente une tentative plus ou moins réussie d'échapper aux contraintes de la réalité. Une attitude satisfaisante de l'entourage, - à mi-distance de la complicité et du rejet agressif, - permet dans la plupart des cas de liquider l'incident ; nombre de médecins praticiens ont l'occasion, en pratique pédiatrique quotidienne, de résoudre ainsi les problèmes sans faire appel au psychiatre. En somme, la simulation est un compromis économique entre différentes nécessités contradictoires. Chez Renaud, tout le problème est que ce compromis n'a pas été suffisant.

Il faut ajouter cependant une nuance restrictive à l'optimisme concernant la simulation :

L'utilisation habituelle des mécanismes de protection tels que le mensonge ou la simulation peut concourir - compte tenu des réactions de l'entourage à l'agressivité souvent dissimulée par ces conduites - à l'installation d'une personnalité de type "oblique", comme le dit notre maître MALE, où l'objet n'est jamais atteint qu'à travers des détours qui tendent à le maintenir à distance.

Nous verrons que ces personnalités peuvent aboutir à une organisation caractérielle chez l'adulte.

Nous venons de voir comment la simulation ne peut intervenir dans l'éventail des symptômes hystériques qu'en tant que ceux-ci représentent un échec de celle-là. Etudions maintenant les

2°/- RELATIONS ENTRE PHENOMENES DE CONVERSION ET MYTHOMANIE

Tous les auteurs que nous avons cités s'accordent pour associer mythomanie et hystérie, l'un étant le terrain sur lequel se greffent les symptômes de l'autre. Il n'est pas question de nier ici le rôle du terrain hystérique : certains déséquilibres de l'adulte en montrent assez la réalité (cf. AJURIAGUERRA (5)). Mais l'absence fréquente d'antécédents infantiles chez certains adultes présentant des symptômes de conversion, la disparition définitive de ces mêmes symptômes chez l'adulte qui en a présenté dans l'enfance, posent le problème du passage de l'une à l'autre forme plutôt que de la relation terrain-symptôme.

Depuis que FREUD (28) a publié le cas de Dora, en 1905 , les significations du symptôme de conversion sont bien connues.

Pour s'installer, le symptôme nécessite une "complaisance somatique" (cf. les méiopragies d'appel de MICHAUX).

- Le choix de l'organe est lié à la prééminence des zones érogènes infantiles.
- Les mécanismes de défense utilisés sont essentiellement le déplacement et le refoulement.
- Le symptôme représente un compromis entre un refoulement complet de la pulsion et son acceptation - d'où le bénéfice primaire - les bénéfices secondaires viennent s'opposer à la résolution du symptôme.
- Le symptôme est surdéterminé.

Le mécanisme du symptôme est comparable à celui du rêve ; les relations

entre le symbolisme du symptôme somatique et le conflit profond en question sont les mêmes qu'entre contenu manifeste et contenu latent du rêve.

- Les relations entre symptômes névrotiques et rêves sont complétées plus tard par la comparaison entre fantasmes inconscients fantaisies conscientes diurnes hystériques et rêves (29).

- Un autre mécanisme de formation du symptôme peut intervenir : la condensation ; cependant que le symptôme apparaît hautement symbolique (30).

- Dans sa "conception psychanalytique des troubles visuels d'origine psychique" (1910) (31), FREUD regroupe tous ces éléments :

"La psychanalyse, écrit-il, est une conception dynamique* qui réduit la vie mentale à un jeu de forces qui s'activent ou se freinent les unes les autres. Lorsqu'il arrive qu'un groupe de représentations demeure dans l'inconscient (...) elle appelle refoulement* le processus qui impose un tel destin à un groupe de représentations donné; (...) les échecs du refoulement sont les causes premières de la formation des symptômes* ", le choix de l'organe est lié à ses relations avec les zones érogènes de l'enfance et les pulsions partielles : "D'une façon générale, on peut dire que les différents organes et les différents systèmes d'organes sont à la disposition à la fois des instincts sexuels et des instincts du Moi(...). Plus intime est la relation d'un organe possédant une telle dualité de fonction avec l'un des grands instincts, plus il se refusera à l'autre. Ce principe aboutit nécessairement à des conséquences pathologiques quand les deux instincts fondamentaux sont en désaccord, quand le Moi installe pour sa part un refoulement contre l'instinct sexuel partiel en question."

Ainsi défini, le symptôme de conversion apparaît radicalement différent de l'ensemble des symptômes décrits sous le nom de mythomanie.

A travers l'étude freudienne des fantaisies hystériques, nous pouvons peut-être discerner les relations réciproques de ces deux formes pathologiques, qui réalisent des tentatives opposées de résolution de conflits inconscients identiques.

(*) - C'est nous qui soulignons.

- Dans le cas de la conversion, on est en présence d'un symptôme :
  - isolé,
  - d'expression somatique,
  - formant une enclave dans la personnalité,
  - de survenue au demeurant fort rare dans sa forme pure, chez l'enfant.

- Dans le cas de la mythomanie, il s'agit d'un ensemble de symptômes :
  - d'expression imaginaire,
  - infiltrant toute la personnalité,
  - souvent retrouvé chez l'enfant.

Il existe incontestablement, comme nous l'avons vu, coexistence ou succession de ces deux ordres de phénomènes. Tout le problème est de saisir le mécanisme des formes de passage entre eux.

Nous avons vu que la formation du symptôme de conversion est de mécanisme analogue à celle du rêve. D'autre part, les fantaisies conscientes, à type de rêveries élaborées dans la journée, sources d'incontestable plaisir, sont liés à des mécanismes de défense (A. FREUD (22)), de formation analogue.

Les relations entre fantasmes conscients et fantasmes inconscients seront étudiées plus loin.

Les fantasmes conscients, tels qu'ils sont retrouvés chez Renaud, forment l'essentiel de ce que sa mère, utilisant la terminologie de DUPRE (18), appelle sa mythomanie. Leur contenu manifeste renvoie à un contenu latent dont le déchiffrage ne pourrait se faire qu'à travers la relation analytique. Si on se reporte aux premiers symptômes qu'il a présentés, les symptômes de conversion, on observe un véritable "glissement" des investissements.

Ce qui distingue fondamentalement la conversion somatique de la mythomanie, c'est la qualité des investissements libidinaux.

- Dans la conversion somatique, le refoulement de la pulsion libidinale trouve une possibilité d'expression - où le conflit peut s'exprimer à nu - d'autant plus aisément que sa signification échappe au sujet.

- Au contraire, dans une structure de type mythomaniaque, le compromis se manifeste dans les élaborations fantasmatiques qui réalisent un autre type de compromis entre principe de plaisir et principe de réalité ; à l'érotisation inconsciente du corps se substitue l'érotisation inconsciente de l'imaginaire.

Tout le problème est de savoir quelle est la forme la plus économique de compromis.

- Les possibilités de passage entre symptômes de conversion, névroses d'organe, et hypocondrie, que nous ne pouvons évoquer ici, nous incitent à la prudence en matière de pronostic. Cependant, nombre de symptômes de conversion peuvent disparaître sans retour, ainsi que le veut la psychiatrie classique, - et il semble que, dans ces cas, la résolution du conflit se soit réalisée à peu de frais.

- La prééminence des imaginaires, chez le mythomaniaque, peut réaliser une liquidation assez harmonieuse des conflits. Mais nous avons vu, chez Renaud, l'éventualité d'une évolution vers des formations caractérielles infiltrant toute la personnalité et remettant toujours en question ses relations avec l'entourage.

Ainsi, à propos de Renaud et d'Anna, nous avons soulevé les relations, chez l'hystérique, entre simulation et hystérie, mythomanie et conversion.

Tous les problèmes soulevés par le cas de Anna ne sont pas pour autant abordés. En effet, chez elle, la simulation ne représente guère qu'un évènement épisodique, qui témoigne de la complexité de son cas et des difficultés pronostiques qu'il soulève. Nous verrons comment, chez elle, les éléments hystériques du syndrome apportent une note optimiste par rapport aux symptômes obsessionnels, comme l'évolution le prouve.

Cependant, ces symptômes obsessionnels posent également la question de la phobie.

On sait que, depuis les travaux psychanalytiques, l'organisation phobique, où l'objet phobogène concentre sur lui toute l'angoisse, s'oppose à l'organisation obsessionnelle où l'objet est tenu à distance par l'élaboration de mécanismes complexes de déplacement et d'annulation. Cependant, LEBOVICI et DIATRINE (45), ont bien montré que, chez l'enfant, certains aspects des phobies et de leurs circonstances de survenue pouvaient marquer l'entrée dans la névrose obsessionnelle. Quoi qu'il en soit, hystérie de conversion et hystérie d'angoisse ont d'étroites connexions dont l'étude mériterait un travail à part. Nous ne l'avons pas abordé ici : nous avons dit que nos recherches avaient un caractère fragmentaire.

Nous allons maintenant relater une autre observation, qui nous introduit à l'étude de l'évolutivité de la structure hystérique.

*

* *

D E U X I E M E P A R T I E

RELATIONS DE LA STRUCTURE HYSTERIQUE AVEC LA PSYCHOSE, LA NEVROSE OBSESSIONNELLE, LES DESEQUILIBRES DE L'ADULTE.

C'est l'étude du cas de Laurent qui nous servira de point de départ :

LAURENT :

Agé de 14 ans et demi lors de la première consultation.
Amené par sa mère pour :

Echec scolaire - renvoyé du lycée à cause de cela.

Instabilité et difficultés caractérielles, rivalité, conflits avec le frère cadet, de 5 ans plus jeune que lui.

Céphalées quasi-quotidiennes.

Milieu familial

Le père

est le neuvième d'une famille de neuf enfants - de milieu modeste -
Il a commencé à travailler à 11 ans et quitté le foyer à 17.
Il dirige une petite entreprise d'électricité en automobile.
Calme, taciturne et assez rigide, supporte mal les difficultés scolaires de ses enfants, se querelle avec sa femme à ce sujet.

La mère

issue d'un milieu modeste (son propre père pupille de l'Assistance Publique n'a pu faire que des études élémentaires, est devenu cordonnier. Elle lui est très attachée - manifeste une vive émotion en en parlant).

Elle a une allure un peu bizarre, "Folle de Chaillot", accentuée par un visage asymétrique (malformations dentaires) et fardé à outrance.

Elle s'exprime avec volubilité, utilisant un vocabulaire assez riche, émaillé de termes de psychologie.

Ses relations avec son mari sont peu satisfaisantes ; elle se plaint de dyspareunie et manifeste une grande crainte du risque d'une troisième grossesse.

Vis-à-vis de ses enfants, elle est très inquiète, culpabilisée, craint de n'en faire jamais assez et d'agir mal en en faisant trop.
Intervient sans cesse dans leurs différends.
Phobique, imagine à la moindre occasion les pires catastrophes.

Elle se montrera très coopérante, et suivra volontiers les conseils que nous serons appelés à lui donner.

Le frère cadet : Philippe

Agé de 9 ans et demi lors de la première consultation.
A été conduit pour retard scolaire lié à une dysorthographie massive avec inversion de lettres dans le mot et confusion de sons.
Niveau intellectuel normal (Q.I. 109 homogène au Wechsler) - suivi en rééducation de l'orthographe.
Il se montre jaloux de son frère aîné.
Sa mère accuse pour lui une certaine préférence.

Laurent

Rien à noter dans sa première enfance, aux dires de la mère, hormis une tendance à la gloutonnerie lorsqu'il a des ennuis.

Sa mère le décrit comme "renfermé, dans la lune", très agressif vis-à-vis de son frère cadet surtout depuis ses échecs scolaires.

Il a été renvoyé de la classe de 6ème du lycée, a échoué à l'examen d'entrée d'un collège secondaire privé et a été accepté au Collège d'Enseignement Général de son arrondissement.

Le symptôme dont lui se plaint consiste en des céphalées quasi-quotidiennes, accompagnées de sensations visuelles de cercle, survenant plus volontiers à la fatigue, ou dans la foule, dans le métro. Il pense qu'elles sont inguérissables.

C'est un grand garçon pubère, de développement harmonieux. Il se présente avec une fausse désinvolture, se carre dans son fauteuil, croise les jambes, s'exprime avec une aisance inquiétante, enchaînant phrase après phrase, utilise les mêmes expressions que sa mère : "Je pense que mes maux de tête sont dus à une tension nerveuse". Le tout sur un ton légèrement précieux, à la limite du maniérisme.

(*) Au Wechsler, le Q.I. est de 132, la psychologue note :

"Niveau très supérieur, échelle verbale (136) légèrement supérieure à l'échelle de performance (122) - excellent niveau de pensée conceptuelle. Grande facilité - pédanterie - recherche constante de valorisation."

Dans une lettre fictive à un camarade (destinée à apprécier graphisme et orthographe), il écrit :

"Ma santé est assez bonne, mais il me semble être trop gourmand et j'ai parfois des troubles d'estomac."

Il se montrera d'ailleurs très inquiet des résultats de ce test :

"J'aimerais savoir les détails des notes, car une intelligence peut être globalement bonne et faible sur certains points, de même à l'école, une moyenne ne tiendra pas compte d'excellents résultats dans une matière et de mauvais dans une autre. D'ailleurs, si je n'ai pas su que Branly est l'inventeur de la T.S.F., il faut dire que plusieurs inventeurs ont contribué à cette découverte, ainsi l'inventeur de l'électricité..." etc...

D'autres éléments de la série obsessionnelle apparaissent dès le premier examen ; ainsi :

Une lutte compulsionnelle contre la "tentation" de prendre des gâteaux dans le buffet - lutte qui se termine par une défaite qui le soulage - il note à ce propos que "ça prend encore plus de temps de peser le pour et le contre que d'y penser et de le faire tout simplement".

En classe, il a de véritables moments de dépersonnalisation, avec, brusquement, la sensation de se trouver seul au milieu de la classe, les sons n'arrivant plus à ses oreilles.

Comme je lui demande à quoi il pense à ce moment, il répond : "Si je m'arrête d'écouter et que je ne pense à rien, si je me demande à quoi je pense, c'est déjà une pensée, mais alors là je ne peux pas savoir exactement ce que je pensais."

(*) - Nous tenons à remercier ici Madame EZRAN, psychologue, et Madame BLONDIN, assistante sociale du Dispensaire d'Hygiène mentale de Levallois, dont l'aide nous a été précieuse au cours de l'élaboration de ce travail.

Son occupation préférée est la collection de timbres - il a peu d'amis et ne pratique pas de sport.

Il ne semble pas avoir de rites de rangement, ni de vérifications de lui-même devant le miroir.

La vie diurne est occupée de nombreuses fantaisies qu'il livre sans aucune difficulté, certaines sont de style oedipien :

"Je pense à mon père, surtout quand je suis loin, je me dis qu'un accident est si vite arrivé en voiture, il pourrait aussi s'électrocuter dans son atelier, ou bien avoir une crise cardiaque."

D'autres rêveries concernent sa santé, sa crainte de la mort.

Il manifeste une culpabilité masturbatoire consciente, vive, étayée par ses convictions religieuses. Ses fantasmes masturbatoires concernent essentiellement ses camarades :

"Je pense aux camarades qui en parlent, qui y pensent, ou qui flirtent".

Il apprécie les camarades qui ne parlent pas de ces questions sexuelles, type scouts ou camarades de colonie de vacances religieuse.

Ses préférences intellectuelles vont plutôt vers les sciences exactes, la Physique, "à la rigueur, l'Histoire" ; le Français ? - Mon... "c'est seulement pour juger d'un style". Il lit des récits d'aventure ou de guerre. Dans "Pilote de Guerre" de Saint-Exupéry, il dit avoir été frappé par la culpabilité de l'aviateur qui va bombarder et de la nécessité de se battre "puisque les ennemis ne font pas de quartier".

Après les tout-premiers entretiens, le diagnostic pourrait s'orienter dans plusieurs directions :

1° - L'aisance maniérée de la présentation, l'expression facile, sans angoisse apparente, des difficultés, l'identification verbale à la mère, la facilité du contact qui s'établit aussitôt plaident en faveur d'une structure dite hystérique, où les éléments hypocondriaques jouent leur rôle.

2° - Mais ces éléments sont éclipsés par l'importance des traits obsessionnels :
compulsions, phénomènes passagers de dépersonnalisation, surtout style de pensée : ratiocinations, rationnalisations, oscillations constantes entre le pour et le contre, mise à distance du thérapeute par l'intellectualisation de toute émotion.

Suivi maintenant depuis 8 mois, les premiers résultats ont paru encourageants

En effet, le transfert a semblé rapidement assez solide, il a téléphoné lui-

même les premiers succès scolaires à l'Assistante Sociale, est revenu aux consultations sur convocation verbale seulement.

Les céphalées ont disparu, encore qu'il a souligné qu'il n'en avait "pas encore"... et que cette amélioration était sans doute imputable au début plus tardif de son horaire scolaire...

Admis au Collège d'Enseignement Général, il a rapidement fait des progrès et obtenu des notes et des places satisfaisantes (dans les dix premiers sur quarante).

Mais :

Ces résultats ont été utilisés immédiatement comme une fuite devant la thérapeute, le seul jour où il a manqué une consultation, il a avancé qu'il a trop pensé à son travail pour pouvoir venir.

Lors des dernières entrevues, sont apparus des tics marqués de clignement des yeux, de froncement du nez ; il les attribue à une conjonctivite contractée à la piscine :

"Je ne peux pourtant pas renoncer à la piscine pour cela" .

Et il associe :

"Tout le monde a des manies, ainsi certains camarades ont des manies avec les mains". Il accepte avec une inquiétante facilité l'allusion à ce que l'on peut faire de défendu avec les mains.

- Plus tard, il nous fait part du décès de son grand-père (sa mère, dont on connaît l'attachement à son père, avait téléphoné la nouvelle et témoigné d'un vif chagrin) avec la froideur et les détails d'une observation clinique :

"Nous nous attendions plutôt au décès de ma grand'mère qui a une maladie du cerveau, mais mon grand-père s'est déclaré fatigué, est entré à l'hôpital et est mort en trois semaines d'un cancer généralisé".

A noter qu'une voisine avait été frappée de l'émotion qu'il a manifesté à l'enterrement.

Le jour de ce récit, se déclare très pressé de partir pour préparer ses compositions...

- Trois semaines plus tard, sa grand'mère meurt à son tour. Comme il le dit :

"Il y a eu pas mal de remue-ménage ces derniers temps à la maison : les peintres sont venus, ma grand'mère est morte, mon père a refait le magasin" et il enchaîne sans manifester plus d'émotion : "En ce moment, je m'intéresse beaucoup à la Chimie, je me suis installé un laboratoire à la cave"...

Au terme de cette observation, que pouvons-nous dire ?

I°/ - En premier lieu, que cet adolescent hyperdoué, avec des préoccupations auto-didactiques, une intelligence qui tourne à vide, ne peut être considéré que comme un psychotique. Nous reviendrons sur l'étude de sa structure. Définissons d'abord ce que nous entendons ici par psychotique :

Le tableau clinique est celui dont notre maître, MALE, trace les lignes dans son étude sur l'adolescent pré-schizophrène (50).

"L'authenticité, la résonance vivante, le mouvement adaptatif semblent touchés. Il n'assume pas complètement ses sentiments et ne peut les intégrer. Son personnage révèle par bien des détails l'absence de cohésion d'un Moi qui se fissure ou qui ne s'est jamais achevé.

En fait, tout cela est longtemps caché et comme camouflé par des rationalisations, des explications complexes, des déroulements intellectuels souvent apparemment riches. Il est donc capital de saisir cette atteinte de l'ego à ses débuts et de ne pas méconnaître les régressions encore irrégulières, parfois d'ailleurs phasiques et les continuelles ébauches de dépersonnalisation contre lesquelles le sujet lutte par des essais compensateurs (miroir, hypocondrie)...". Leur évolution se situe "sur une crête étroite entre une chute dans la psychose confirmée et le retour à une évolution relativement normalisée (...). Devant ce danger de dépersonnalisation et de dépossession du Moi (...), le malade tantôt rationalise, tantôt reconstruit une barrière obsessionnelle destinée à protéger son Moi de la destruction psychique. Il y a donc là nécessité de comprendre le sens des symptômes dans leur valeur défensive. Il faut percevoir sans cesse ce qui est touché et ce qui est intact dans cette atteinte en mosaïque(*) et parfois nous aider du rythme évolutif des troubles."

Dans le même sens DIATKINE écrit : "Les enfants pré-psychotiques se définissent par une qualité particulière d'une angoisse qui ne se liquide jamais, et qui entraîne des mécanismes de défense envahissants, anarchiques, anachroniques, avec une symptomatologie pseudo-névrotique. Parfois, au contraire, et à certaines phases de leur développement, ces enfants peuvent pa-

---

(*) - C'est nous qui soulignons.

raître hyper-adaptés, avec des réussites brillantes sur le plan intellectuel et scolaire, des prises de conscience précoce qui montrent bien que leur manière de vivre leur est déjà un objet d'inquiétude et d'investissement narcissique. Ces enfants peuvent guérir en se névrotisant, comme ils peuvent s'équilibrer dans une réorganisation délirante de leur personnalité" (16).

Mais sans insister pour le moment sur l'aspect évolutif des troubles, revenons au cas Laurent.

II°/- L'étude dynamique et économique de la structure de ce cas nous met en présence d'un aspect oral des conflits avec un passage de l'oral au génital - direct. Il s'agit d'une structure ouverte sans aménagement défensif solide.

La coexistence d'éléments hystériques et de troubles évoquant une structuration de type psychotique nous conduit à étudier les relations de l'hystérie et de la psychose.

1°/ - RELATIONS DE L'HYSTERIE ET DE LA PSYCHOSE SUR LE PLAN SYMPTOMATIQUE

- Déjà KRAEPELIN et SERIEUX (62) avaient montré que les manifestations de folie hystérique pouvaient conduire au diagnostic de démense précoce. "Au stade de début de la démence précoce, appelé période névropathique, il existe des troubles nerveux ou psychiques attribués en général à la neurasthénie, à l'hystérie, à la dégénérescence. La céphalée, les signes d'épuisement nerveux, l'onanisme, les préoccupations hypocondriaques sont fréquentes."

KAHLBAUM (cité par LEBOVICI . (42) : "en décrivant le pathéticismus faisait allusion à des cas cliniques où le théatralisme de ces malades devait faire envisager le diagnostic de démence précoce : c'est le cas lorsque le théatralisme a un caractère plus bizarre qu'expansif."

- L'école de CLAUDE a eu le mérite d'avoir insisté la première sur les formes pseudo-névrotiques et pseudo-hystériques de la démence précoce, à savoir les schizoses : "Les relations qui existent entre l'hystérie et la démence précoce

nous ont paru s'expliquer, écrit CLAUDE (12)(13) par le fait que nous avons considéré depuis longtemps l'hystérie comme une psychonévrose, "expression d'un état constitutionnel qui donne au sujet la capacité de dissocier, d'isoler certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions ou certaines représentations et de les fixer de telle sorte qu'elles demeurent oubliées, en dehors de la conscience, sans que ce trouble fonctionnel réclame aucune intervention de la part du sujet. On ne peut qu'être frappé de l'analogie que de tels troubles présentent avec certaines des habitudes mentales des schizoïdes : ces habitudes mentales, ces évasions hors de la réalité s'effectuent sans effort, elles ne réclament pas, de la part du sujet, une activité et une attention persistantes et s'accommodent des exigences de la vie normale ; le schizoïde promène son monde imaginaire comme l'hystérique promène sa contracture. Toutefois, une distinction s'impose entre ces deux types morbides. Dans l'hystérie, le trouble fonctionnel, quel qu'il soit, moteur, sensitif ou mental, n'est que temporaire. La dissociation ne s'effectue que pour un temps, à l'occasion d'une circonstance comportant un élément d'émotivité (...). Si la période pré-schizophrénique peut être signalée par une symptomatologie qui revêt les caractères de la psychasthénie ou de l'hystérie, il est souvent malaisé de dire pendant assez longtemps à quelle affection on a affaire(*). Mais en dehors de la psychasthénie et de l'hystérie, il existe des états névrotiques qui, tantôt sont les avant-coureurs de la schizophrénie, tantôt restent fixés dans leur individualité nosologique."

- GILBERT - ROBIN (60) a souligné que rêverie, bouderie, opposition pouvaient être des manifestations de la schizophrénie

- Dans le chapitre de la rêverie morbide, HEUYER et ses collaborateurs (68) (70) ont individualisé un véritable délire de rêverie qu'ils retrouvent dans l'enfance d'une malade psychotique délirante - et dans certaines formes cliniques de la schizophrénie infantile :

"Outre le syndrome (schizophrénique) commun, l'enfant présente un délire de rêverie, de mécanisme imaginatif, rêverie intérieure de compensation sur un thème variable, stéréotypé, peu extériorisé."

(*) - C'est nous qui soulignons.

- VIVIEN, dans sa thèse (66), montre l'existence de schizophrénie évoluant pour son propre compte derrière des manifestations hystériques.

- BERNHEIM et KOHLER (6) font la même remarque, ainsi que leur élève NIEL.

- PROCTOR (58), insiste sur le parallélisme possible entre hystérie et psychose.

- WAROT (P.) et MAURIN (P.) (67) écrivent, des rapports de l'hystérie et de la démence précoce, qu'il "s'agit là d'un problème quasi-quotidien. On sait, en effet, avec quelle fréquence des manifestations névropathiques polymorphes, hystériques parfois, de l'adolescence, sont une forme de début,"d'entrée" dans la démence précoce (...). Problème difficile et angoissant que tests projectifs et E.E.G. ne sauraient toujours trancher définitivement.".

- L'étude des test projectifs dans l'hystérie infantile et juvénile permettent à DUCHE et ENGELS (17) de conclure : "Les Rorschach des jeunes filles présentant des tendances hystériques associées à d'autres troubles du comportement sont beaucoup plus inquiétants. Il semble que ces jeunes filles soient atteintes d'un déséquilibre plus grave que celles qui ont réussi à investir leur anxiété dans un symptôme somatique. Les tests projectifs confirment dans une certaine mesure la notion selon laquelle les symptômes hystériques protègent la malade contre un désordre plus profond(*)".

- SOCCARAS décrit une forme pseudo-névrotique hystérique de la schizophrénie. "Le schizophrène peut utiliser le "monde des images" de l'hystérique pour maintenir les relations objectales. L'érotisation des relations ordinaires, la coquetterie, l'exhibitionnisme peuvent être employés également pour maintenir le contact avec la réalité, en particulier pour le rétablir lorsqu'il a été rompu, chaque fois que la haine l'a emporté sur l'amour dans les relations objectales. La suggestion des hystériques est utilisée comme moyen pour accepter la passivité."

(*) - C'est nous qui soulignons.

- STEIN (64) étudiant le mutisme de l'enfant, note que tous les intermédiaires peuvent se voir entre le mutisme d'allure hystérique, parfois véritable symptôme de conversion (surtout chez le grand enfant) ou de signification névrotique, et les mutismes témoignant d'une désorganisation psychotique de la personnalité

- LEBOVICI (42) conclut : "L'étude rétrospective d'un certain nombre de cas de mutisme infantile, que nous avons pu faire pendant de longues années, jusqu'à l'adolescence, voire même l'âge adulte, nous conduit à penser que ces mutismes d'apparence hystérique sont souvent le prodrome d'évolutions schizophréniques évidentes ou de certains déséquilibres du caractère qui ont, en fait, une structure psychotique."

Ceci nous introduit à étudier les relations entre hystérie et psychose, non plus sur le plan de la phénoménologie symptomatique - (devant tels ou tels symptômes névrotiques, est-on en droit de suspecter une psychose ?) - mais de l'étude structurale des relations chronologiques de ces deux affections.

2°/- RELATIONS DE L'HYSTERIE ET DE LA PSYCHOSE SUR LE PLAN DES RELATIONS STRUCTURALES CHRONOLOGIQUEMENT OBSERVEES

L'étude anamnestique et catamnestique comparative des cas est d'un grand intérêt.

LEBOVICI (42) cite deux cas qui justifient cette comparaison :

Le premier est celui d'EVA :

"Eva a 15 ans lorsque nous l'examinons, en juin 1958. Elle refuse de fréquenter l'école ; elle reste chez elle à écrire des poèmes glorifiant sa mère et à s'habiller pour pouvoir se fiancer. Sa présentation est très particulière : elle est à la fois coquette et provocante. Elle se déclare aimée et prétend pouvoir devenir une actrice célèbre. Son comportement est pourtant bizarre, à la limite de la discordance. On se demande si ses séjours prolongés devant le miroir ne sont pas les premiers signes d'un syndrome grave de dépersonnalisation.

De fait, nous la revoyons en septembre 1958 ; il existe maintenant un délire avec hallucination et syndrome d'influence. Son "fiancé" lui parle à distance et lui fait des déclarations de caractère hallucinatoire.

Nous n'aurions pas cru nécessaire de citer cette observation, poursuit LEBOVICI, si elle ne posait précisément le problème des devenirs de l'hystérie infantile. En effet, si nous avions pu examiner cette jeune fille une dizaine d'années auparavant, nous n'aurions pas manqué de nous référer au cadre de l'hystérie infantile. Elle vit dans des conditions familiales très particulières : c'est la fille d'immigrants hongrois. Mais sa mère a une attitude surprotectrice avec elle : elle ne l'a pas laissée sortir avant cinq ans, pour lui éviter le contact avec les petites françaises qui l'auraient blessée en parlant mieux le français qu'elle.

De nombreux accidents, de type hystérique, se sont produits au début de la fréquentation scolaire : troubles de la marche, manifestations de refus scolaire avec vomissements, etc...

Ne manquons pas de signaler enfin qu'Eva a eu une intervention chirurgicale très traumatisante au point de vue psychique : un colposalpynx."

- Le deuxième est celui d'une jeune femme, actuellement en traitement psychanalytique, qui présente un syndrome grave de dépersonnalisation.

"Dès son premier contact avec moi, dit LEBOVICI, elle m'avoua qu'elle simulait des crises d'épilepsie depuis l'enfance. La sécurité sociale la faisait d'ailleurs bénéficier d'une pension d'invalidité, sur la foi de vagues anomalies électro-encéphalographiques. Un passé chargé d'hystérie infantile a pu être reconstitué en dehors de ces crises : simulations diverses, mythomanie, etc... mais cette malade a aussi des crises d'angoisse provoquées par un syndrome de dépersonnalisation ; depuis un accouchement récent, elle a également des phobies d'impulsion dirigées vers son enfant." .

Par ailleurs, l'étude de schizophrènes authentiques traités par la technique psychodramatique montre une évolution constante vers une hystérisation des troubles qui pourraient faire mettre en doute le diagnostic initial s'il n'avait été soigneusement étayé (46).

AINSI :

- Tant sur le plan symptomatique que sur celui de l'évolution structurale, il existe donc une large communication entre hystérie et psychose.

- Cette osmose est liée en grande partie à la prééminence des conflits initiaux archaïques de type oral (tels que Laurent nous en livre tant d'exemples).

Il nous faut donc aborder l'étude de ces pulsions orales.

III°/- L'ORALITE - CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES TOPIQUES ET DYNAMIQUES

A/- FREUD - ABRAHAM - GRUNBERGER

FREUD, en 1905 (Trois Essais sur la Théorie de la sexualité) (32), a tracé dans son étude de la sexualité infantile le tableau de l'organisation pré-génitale de la libido, dont la première est celle, écrit-il, que nous appellerons ORALE, ou si vous voulez, cannibale. L'activité sexuelle, dans cette phase, n'est pas séparée de la préhension des aliments, la différenciation des deux actes n'apparaissant pas encore. Les deux activités ont le même objet et le but sexuel est constitué par l'incorporation de l'objet, modèle et image de ce qui sera plus tard l'identification (1) appelée à jouer un rôle important dans le développement psychique. La succion peut être considérée comme un résidu de cette phase d'organisation, qui n'a qu'une existence virtuelle et que la pathologie seule nous fait connaître. En effet, dans la succion, l'activité sexuelle, séparée de l'activité alimentaire, n'a fait que remplacer l'objet étranger par une partie du corps du sujet."

---

(1) - Freud a développé longuement les mécanismes primaires de l'Identification dans "Psychologie collective et analyse du Moi" (33) : "L'identification, première manifestation d'un attachement affectif à une autre personne (...). Elle est d'ailleurs ambivalente dès le début ; elle peut être orientée aussi bien vers l'expression de la tendresse que vers celle du désir de suppression. Elle se comporte comme un produit de la première phase, de la phase orale de l'organisation de la libido, de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant, c'est-à-dire en le supprimant (...). L'identification est possible avant tout choix d'objet (...). Dans un symptôme névrotique, l'identification se rattache à un ensemble plus complexe. La petite fille dont nous allons nous occuper maintenant contracte le même symptôme morbide que sa mère, par exemple une toux pénible. Ceci peut se produire de plusieurs manières différentes : ou l'identification est la même que celle qui découle du complexe d'Oedipe, c'est-à-dire qu'elle signifie le désir hostile de prendre la place de la mère, auquel cas le symptôme exprime le penchant érotique pour le père ; ce symptôme réalise la substitution à la mère sous l'influence du sentiment de culpabilité : "tu voulais être la mère ; tu l'es maintenant, par le fait du moins que tu éprouves la même souffrance qu'elle"; c'est le mécanisme complet de la formation de symptômes hystériques. Ou bien le symptôme est le même que celui de la personne aimée (c'est ainsi que, dans Fragment d'une Analyse d'Hystérie, Dora imite la toux du père) alors nous pouvons décrire la situation en disant que l'identification a pris la place du penchant érotique, que celui-ci s'est transformé par régression en une identification."

On sait que cette phase initiale est immédiatement suivie de la phase anale dite sadique-anale, dont la caractéristique essentielle est l'AMBIVALENCE (terme introduit par BLEULER) et qui la sépare de la phase génitale :

"L'organisation sadique anale peut facilement s'observer en tant que continuation et développement de la phase orale. La violente activité musculaire dirigée vers l'objet, qui est caractéristique, doit être expliquée comme une action préparatoire à l'acte de manger. Manger cesse alors de constituer le but sexuel et l'action préparatoire devient en elle-même une fin. Le changement essentiel, comparé avec ce qui arrive dans l'étape antérieure, consiste en ce que les fonctions passives - réceptives sont retirées de la zone orale et adhèrent à la zone anale". (34)

En 1916, KARL ABRAHAM (1) trouve dans l'étude de cas psychotiques la confirmation des hypothèses freudiennes : "Comme le signale FREUD, écrit ABRAHAM, c'est la pathologie qui a imposé l'existence de la phase orale de la libido. En dehors d'elle, il reste entendu qu'il s'agit de processus évolutifs difficilement accessibles par l'observation directe de l'enfant."

Et c'est à propos de l'étude d'un cas de démence précoce qu'il précise les caractères des fixations orales de son patient. Chez lui :

"1) La zone orale surpasse par son importance les autres zones érogènes. En elle s'accuse particulièrement le plaisir de la succion. La succion du lait conduit à un état de satisfaction plaisante.

2) La fonction sexuelle et la fonction nourricière sont condensées entre elles dans l'acte de succion.

3) Face à l'objet attrayant, les fantasmes du patient montrent son désir de "l'incorporer (tendances désignées par le patient lui-même comme "cannibaliques").

Ce sont, conclut ABRAHAM, les caractèristiques mêmes que FREUD attribua à la phase la plus précoce de l'évolution infantile de la libido."

En 1924, ABRAHAM (2) reprend l'étude des névroses narcissiques (psychoses) et des névroses de transfert (névroses) à la lumière du développement libidinal, et étudie les fixations orales communes aux deux types d'affections qui sont, dit-il, en "relation étroite".

Une de ses malades est une mythomane, avec "impulsions kleptomaniaques"; l'analyse révèle chez elle une série de symptômes liés à l'angoisse de castration, et une identification partielle au pénis paternel. "Les rêves et les fantasmes nocturnes contenaient des images réitérées de castration exécutée par la morsure. Le but de ces fantasmes n'était pas l'incorporation de l'objet d'amour dans sa totalité, mais d'une partie de l'objet dans le but de s'identifier à cette partie."

Une autre patiente souffrant de vomissements hystériques, avec des "tendances kleptomaniaques" présentait une structure comparable, en relation avec un complexe de castration vécu sur un mode essentiellement oral. "Sitôt qu'elle entrait en relation avec un homme, elle avait l'idée compulsive de lui mordre et lui arracher son pénis. Ses vomissements étaient en relation étroite avec ses impulsions sadiques orales. Pour elle aussi, le père avait perdu toute valeur en tant que personne et son intérêt libidinal était uniquement concentré sur son pénis. Quand il mourut, elle fut incapable d'éprouver la moindre tristesse ; mais elle conservait le fantasme très vivant de lui voler et lui arracher le pénis d'un coup de dent et de le garder. Dans ses rêves diurnes, il lui arrivait d'imaginer de copuler avec un pénis "sans que celui-ci appartienne à un homme" . Et ABRAHAM ajoute : "Il existait une autre similitude entre ces deux malades : elles avaient tendance à ne se représenter leur mère que par une partie du corps de ces dernières, spécialement leurs seins. Il est certain que les deux les avaient identifiés dans leur esprit infantile avec le pénis supposé de la femme. Les fesses étaient aussi représentées en tant que substitut des seins. La relation de cette image avec l'érotisme oral (plaisir de mordre) était plus qu'évidente (...). La mère était ainsi représentée, dans leurs fantasmes inconscients, comme une partie du corps qui a perdu quelque chose, un pénis et des fèces. Dans les deux cas, la libido avait subi un degré considérable de régression vers le narcissisme, bien que cette régression ne fût en aucune façon totale. (...) L'étape en question doit être située entre le narcissisme et l'amour objectal. Un autre aspect, observé fréquemment chez d'autres malades, indique la même chose. Il consiste en ce que la libido se maintient dans un état équivoque d'ambivalence envers ses objets et montre une forte tendance à leur infliger des injures. Cependant, cette tendance destructrice est limitée. Le but sexuel, dans cette étape, consiste à priver l'objet d'une partie de son corps, c'est-à-dire à attaquer son intégrité, sans détruire son existence... Nous

devons remarquer que le plaisir de mordre est étroitement associé à cette forme de relation objectale qui a jusqu'ici échappé à notre observation."

Chez des malades maniaco-dépressifs, ABRAHAM découvre exactement les mêmes traits de "cannibalisme partiel". "Un cannibalisme complet n'est possible que sur les bases d'un narcissisme absolu. A un tel niveau, l'individu n'a en considération que son propre plaisir et il ne prête pas la moindre attention à son objet, le détruisant sans hésitation. Au niveau du cannibalisme partiel, nous pouvons encore trouver des traits provenant du cannibalisme total, bien que la distance entre les deux soit nettement délimitée. A ce niveau postérieur, l'individu montre les premiers signes d'attention à l'objet. Cette attention, aussi incomplète qu'elle soit, correspond à une initiation à l'amour objectal ; l'individu a commencé à surpasser son narcissisme. Il est cependant nécessaire d'ajouter qu'à ce niveau de développement, l'individu est loin de reconnaître l'existence d'un autre être qui puisse l'aimer complètement, que ce soit sous une forme physique ou mentale. Son désir est encore dirigé vers la suppression et l'incorporation d'une partie du corps de l'objet. Il a renoncé à la fin purement narcissique du cannibalisme complet."

Abordant l'étude d'autres malades psychotiques, ABRAHAM décrit le processus d'incorporation partielle du paranoïaque : "Dans le cas du paranoïaque, dit-il, il n'est pas nécessaire que cette introjection partielle soit effectuée par voie orale. Elle peut être considérée comme un processus anal (...) ; nous pouvons avancer que la libido du paranoïaque régresse en rapport avec ses buts sexuels à la première des étapes sadiques - anales ; quant à son attitude objectale, elle correspond à celle de l'introjection partielle. L'introjection partielle est-elle orale ou anale, c'est une question qui reste ouverte à la discussion."

A la phase cannibalique succède "une étape de développement de l'amour objectal, dans laquelle l'individu protège déjà ses objets dans une grande mesure, et nous la trouvons encore dans les névroses constituant un phénomène régressif correspondant à la vie sexuelle des obsédés. Dans cette étape, l'individu n'est pas encore capable d'aimer quelqu'un complètement dans le sens large du vocable. Sa libido est encore adhérente à une partie de l'objet, quoiqu'elle ait renoncé à incorporer cette partie. Au lieu de l'incorporer, l'individu désire la dominer, la posséder.

Malgré que, dans cette étape, la libido est encore très distante de la fin de son développement, elle a déjà réalisé une étape d'importance, comme si la condition de possession s'était extériorisée. Elle ne signifie plus que l'individu a incorporé par "dévoration"; elle est localisée maintenant en dehors du corps et sous cette forme l'existence de l'objet est reconnue et sauvegardée. Cela signifie que l'individu a accompli une partie importante de son adaptation au monde extérieur. Un tel changement a une grande signification pratique dans un sens social, car, pour la première fois, il est possible de répartir la possession d'un objet, alors que par la méthode de la dévoration, l'objet ne pouvait appartenir qu'à une seule personne.

De nouvelles études psychanalytiques des névroses obsessionnelles nous ont administré avec certitude de plus grandes informations concernant cette étape de l'amour objectal. Le caractère particulièrement intense de l'image de castration active et passive observée chez les obsédés et leur attitude particulière face aux problèmes de la possession, rendent très probables l'existence d'une relation entre cette maladie et l'amour partiel.(...) Il est clair que l'étape d'amour partiel a laissé des traces même chez les personnes saines. L'individu normal représente l'objet aimé, avec des charges de sentiments ambivalents, par une partie du corps de cet objet introjecté dans son propre corps."

Fait important, après avoir étudié les modalités de la relation d'objet orale-secondaire de type cannibalique avec incorporation totale de l'objet - autant chez des hystériques que chez des psychotiques - et avoir montré chez l'obsédé la relation d'objet de type amour partiel avec incorporation partielle, ABRAHAM revient à l'étude des hystériques et montre comment, au cours de l'analyse, ses patients revivent ces étapes de développement, pour aboutir à une étape génitale libidinale. L'étape d'amour objectal avec exclusion des organes génitaux où "le rejet de la zone génitale s'applique tant au sujet qu'à l'objet", c'est la phase phallique. Toute l'évolution libidinale peut alors se résumer ainsi (chaque étape d'organisation libidinale correspondant à type particulier d'amour objectal) :

1° - La phase orale primaire (de succion), avec auto-érotisme (sans objet).
2° - La phase orale secondaire (cannibalique), narcissique, avec incorporation totale de l'objet.

3° - La phase sadique - anale primaire, d'amour partiel avec incorporation.
4° - La phase sadique - anale secondaire, d'amour partiel.
5° - La phase génitale primaire - phallique - d'amour objectal avec exclusion des organes génitaux.
6° - La phase génitale finale - d'amour objectal.

Par rapport à l'objet, la relation est dite successivement :

- pré-ambivalente (1°)
- ambivalente (2° - à - 5°)
- post-ambivalente (6°) .

Ce schéma est complété d'une note sur un aspect complémentaire du développement, qui a trait à l'inhibition des instincts. "L'étape auto-érotique primitive est encore exempte d'inhibitions instinctives, en l'absence d'une relation réelle d'objet. Dans l'étape de narcissisme avec fin sexuelle cannibalique, la première évidence d'une inhibition instinctive apparaît sous forme d'anxiété morbide. Le processus de dominer les impulsions cannibaliques est intimement associé à un sentiment de culpabilité qui tend à se dessiner au premier plan comme un phénomène inhibiteur typique lors de la 3ème étape. Cette 3ème étape, dont l'incorporation d'une partie de l'objet constitue le but sexuel, est abandonnée quand les sentiments de piété et de dégoût surgissent chez l'individu et inhibent cette forme d'activité libidinale. Dans la phase suivante, celle de l'amour objectal avec exclusion des organes génitaux, l'inhibition prend la forme de sentiments de honte et finalement, dans l'étape d'amour objectal véritable et complet, nous trouvons que la vie de l'individu est réglée par des sentiments sociaux d'un type supérieur."

C'est également en 1924 qu'ABRAHAM étudie les aspects de l'érotisme oral(3) opposant en détails les deux phases orales. La phase primaire attachée au plaisir de sucer est pré-ambivalente ; elle fait place, dès l'apparition des dents, à la phase cannibalique, liée au plaisir de mordre, caractérisée par son ambivalence. Il insiste à nouveau sur l'absence de rupture entre les phases orale et anale : "certains traits anaux sont bâtis sur les ruines d'une oralité mal intégrée ; tout essai de compréhension du caractère anal doit s'appuyer sur la connaissance des stades précédents du développement." Un autre aspect fondamental des traits de caractère oral réside en leur persistance tels quels dans la vie de l'adulte, l'in-

vestissement de la zone érogène buccale demeurant vivace au cours des années. Un exemple frappant est l'investissement sadique oral du langage de certains patients : flots de paroles submergeant littéralement l'interlocuteur, décharge orale du discours destiné à attaquer, inhiber l'autre - le mordre. L'envie, l'avidité, l'appétit sous toutes ses formes peuvent être rattachés également à l'érotisme oral.

B. GRUNBERGER (39), étudiant les corrélations de l'érotisme oral et de la relation objectale propre à ce stade, pense que la phase orale est "pré-ambivalente et anobjectale par essence, les éléments sadiques qui - à la faveur de certaines circonstances - l'infiltrent, appartenant à la phase suivante, la phase sadique-anale". L'oralité plonge ses racines dans le narcissisme primaire, état par définition anobjectal. "Si le stade oral pur et pré-ambivalent se trouve, par suite d'inévitables frustrations, très précocement imprégné par les précurseurs du stade suivant, lequel est objectal et ambivalent, il subsistera cependant comme tel et se révèlera une source énergétique importante et indispensable ; ses dérivés manifesteront leur action sur un mode qui leur est propre tout le long de la maturation pulsionnelle avec une force singulière et toujours renouvelée... Le sujet narcissique inclut en soi le monde ambiant, son "complément" narcissique en quelque sorte, et qui disparaît pour ainsi dire à l'intérieur de ses limites (agrandies par cette inclusion) (...) Cette position purement narcissique perdra tôt ou tard son caractère absolu, mais même lorsque le complément narcissique deviendra objet distinct au cours de l'évolution ultérieure, c'est-à-dire de la maturation pulsionnelle, la régression au stade de l'équivalence sujet-objet réapparaîtra à l'occasion, à un niveau relationnel plus évolué."

De ces caractéristiques pulsionnelles découle un mode relationnel spécifique : "Etant donné que pour l'oral, l'objet n'est jamais réel (il ne peut pas mordre et se refermer dessus), mais virtuel, que le monde ambiant ne fait qu'un avec lui et que le clivage entre le monde et lui est générateur de conflits, il ne peut pas faire rentrer la réalité dans sa relation, la réalité étant faite de précisions et de délimitations dont il a peine à tenir compte. Il désire cependant une gratification totale ("tout ou rien") et immédiate telle qu'il l'avait connue sous le

règne du narcissisme prénatal, mode de satisfaction auquel il ne veut pas renoncer. (...) Ce que l'oral recherche éternellement, quête vaine et harassante, c'est cette dimension vitale où il n'y a pas de limite à son narcissisme ni aucun obstacle devant ses désirs démesurés. Son monde est un monde ouvert et son mode de relation est surtout gouverné par ce trait."

Cette étude des caractères pulsionnels oraux et de la relation d'objet orale trouve justement son illustration dans l'analyse d'un cas d'hystérie (38), où l'auteur met en lumière "le rôle spécifique du conflit oral dans la genèse de l'hystérie". Il s'agit d'une hystérique typique, ayant présenté dans son enfance de véritables "crises nerveuses", souffrant à l'âge adulte de phases de "dépression, de distractions, d'inhibition dans tous les domaines, avec des préoccupations phobiques touchant les erreurs possibles dans sa profession de pharmacienne, et ayant développé passagèrement, au cours du traitement psychanalytique, une anesthésie hystérique pure.

Au cours de l'analyse apparaissent des identifications multiples, "subites, intensément vécues d'emblée et en même temps superficielles", ces identifications se font avec l'objet partiel. "Ce qui explique cette tendance marquée à la régression orale dans l'hystérie, écrit GRUNBERGER, c'est le fait que cette névrose est basée sur l'identification, processus dérivant de l'introjection, c'est-à-dire de l'incorporation orale, cette "oralité" comprise dans un sens fonctionnel et non anatomique. Cette identification à l'objet partiel, réalisée d'abord sur le mode d'une introjection orale pure, correspondant à la phase préambivalente d'ABRAHAM, se modifie peu à peu au cours de l'analyse "en une introjection anale" , pour revenir, à la fin du traitement, à une introjection "orale, ou plutôt buccale", analogue au mode initial, "mais avec un contenu psychique net, riche et s'approchant davantage du conscient." L'analyse plus approfondie montre alors que cette identification partielle protège la malade contre son agressivité envers sa mère, agressivité liée à des frustrations très profondes, et GRUNBERGER cite Douglas NOBLE qui, étudiant les manifestations hystériques dans la schizophrénie a pu mettre en évidence que les symptômes de conversion de ces malades étaient liés à des identifications hostiles avec la mère ; "les défenses hystériques ont été efficacement utilisées pour protéger ces malades de leurs profondes angoisses orales."

* * *

Ainsi, des études psychanalytiques de cas adultes se dégagent un certain nombre de notions issues des premiers travaux de FREUD (1905), qui vont nous permettre d'aborder les travaux concernant plus directement les enfants :

1° - LA PHASE ORALE PREGENITALE de la libido a les caractères suivants (FREUD):

- Prééminence de la zone érogène buccale comme source d'excitation.
- Satisfaction par la succion (l'activité sexuelle n'étant pas séparée de l'ingestion des aliments).
- But sexuel constitué par l'incorporation de l'objet, préfiguration de l'identification.

C'est la phase cannibalique .

ABRAHAM introduit une subdivision à l'intérieur de cette phase, subdivision marquée par l'apparition des dents : d'où deux stades :

. primaire : celui de la succion,
anobjectal,
pré-ambivalent.

. secondaire : celui de la morsure,
cannibalique
(sadico-oral),
narcissique,
avec incorporation totale de l'objet.

(Pour GRUNBERGER, l'ambivalence et les éléments sadiques de la 2ème phase d'ABRAHAM appartiennent déjà à la phase sadique-anale).

2° - L'analyse des hystériques adultes permet de retrouver la RACINE ORALE de leur conflit. Comme le dit FEDERN (Hystérie und Zwang in der Neurogenwahl - Inter. Zeitch. f. Psychoanal. 1940) : "Le conflit peut se situer plus profondément que l'organisation libidinale qui préside à la structure du symptôme;" en d'autres termes, si le symptôme hystérique renvoie au conflit oedipien, la névrose hystérique s'organise dynamiquement autour des conflits oraux précoces.

3° - Comme ABRAHAM l'a montré, l'ORALITE n'est pas l'apanage des "névroses de transfert" mais se retrouve également au premier plan des "névroses narcissiques" (psychose maniaco-dépressive - démence précoce) (cf. également NOBLE).

4° - Si la névrose obsessionnelle se rattache à la phase anale, il n'y a pas d'opposition tranchée entre les phases orales et anales et on peut assister (cf. le cas de GRUNBERGER) à une véritable "analisation" du matériel avec aménagement de la relation, où l'objet est "reconnu et sauvegardé".

Ces conclusions - dont nous ne pouvons donner ici qu'un résumé beaucoup trop schématique,- ont été tirées de l'étude psychanalytique de cas adultes, cas dont les conflits n'ont livré que rétrospectivement la racine infantile, à travers les détours de la régression transférentielle de la cure analytique.

Comme le souligne FREUD (32), ces résultats ne prennent leur valeur que confrontés à ceux que l'on peut tirer de l'étude des névroses infantiles et de l'observation directe de l'enfant.

* * *

B/- CHEZ L'ENFANT : Etudes de Mélanie KLEIN,
et de l'Ecole de Psychanalyse infantile de Paris.

Les conceptions de FREUD et d'ABRAHAM ont inspiré à Mélanie KLEIN et à son école un ensemble d'hypothèses qui ont orienté leur expérience psychanalytique réalisée chez de jeunes enfants (avant trois ans).

Dans le cadre de ce travail, il nous est impossible de résumer l'oeuvre de Mélanie KLEIN (40), dont la formulation a soulevé de nombreuses controverses et dont la richesse s'accorde mal de simplifications schématiques.

Cependant il est impossible de faire allusion aux conflits oraux et a fortiori aux fantasmes prégénitaux qui apparaissent au cours des psychanalyses de l'enfant, sans se référer constamment aux théories kleiniennes. Nous tenterons donc d'évoquer dans ces théories ce qui a trait au problème qui nous intéresse, (sans prétendre à être exhaustif), c'est-à-dire les fantasmes oraux tels que l'auteur en a retrouvé l'expression au décours de l'expérience analytique.

LEBOVICI et DIATRINE ont décrit, sous le nom de fantasmes inconscients le contenu latent du matériel manifeste (dessins, jeux, etc...)qui surgit dans la relation psychanalytique avec l'enfant et dont les thérapeutes ont une expérience quotidienne. Ils les opposent aux fantaisies vraies ou fantasmes conscients hallucinés qui ont des caractères bien distincts. "Leur caractère conscient est la preuve de la nécessité d'une organisation suffisante du Moi pour qu'ils apparaissent. En fait, pendant la période de latence, les enfants organisent souvent des rêveries élaborées dont ils contrôlent le déroulement et qui leur provoquent d'indiscutables satisfactions. A. FREUD (22) a montré le rôle des mécanismes de défense dans la production de ces fantasmes qui apparaissent comme un compromis harmonieux et utile entre le principe de plaisir et le principe de réalité (...). Un des caractères de ces fantasmes hallucinés est d'être mnésiques, ce qui confirme leur caractère d'élaboration très marquée par le Moi."

Mélanie KLEIN, utilisant le terme anglais phantasy, ne fait pas une discrimination aussi nette entre fantasmes inconscients et fantaisies vraies. Nous empruntons à LEBOVICI et DIATRINE la description des fantasmes kleiniens :

"Les besoins de l'enfant, dans les premiers mois de la vie, sont essentiellement d'ordre oral. Dans la mesure où ils sont satisfaits, l'enfant a de bonnes relations avec sa mère qu'il vit comme un objet partiel positif que l'auteur appelle "le bon objet ou le bon sein". Mais à la même période, l'enfant subit des frustrations dans le domaine oral d'autant plus marquées qu'au deuxième stade oral, le stade sadique-oral d'ABRAHAM, ses besoins oraux sont à la fois plus marqués et plus chargés d'agressivité. Plus tard, au début de l'apprentissage sphinctérien, des frustrations nouvelles anales sont imposées à l'enfant. A cette période, il désire, en fonction même de ces frustrations, s'approprier la bonne nourriture maternelle qu'il imagine comme contenue dans l'enceinte du ventre de la mère. Dans

ce type de relations agressives, il veut déchirer le ventre, s'approprier les entrailles de la mère, c'est-à-dire la bonne nourriture (le bon sein) qui lui est refusé et aussi "le-péris-du-père-dans-le-ventre-de-la-mère". En effet, l'enfant aurait une conception, dès cette période, des rapports sexuels des parents. Il concevrait l'importance du pénis que la mère mangerait, comme elle-même, objet partiel négatif, veut manger l'enfant qu'elle devrait au contraire nourrir. Ainsi, pour l'enfant, la mauvaise mère veut garder son sein, s'approprier le pénis du père et l'enfant lui-même, précisément dans la mesure où il est agressif contre la mère et il veut la dévorer. M. KLEIN s'est autorisée dans cette conception à parler de relations oedipiennes précoces dans la mesure où l'objet frustrant est le couple parental lui-même, c'est-à-dire la mère qui s'est appropriée le pénis du père comme elle veut s'approprier son propre enfant.

D'autre part, ce type de relation est défini par des phénomènes d'incorporation et de réjection réciproques. La puissance uréthrale du garçon et la puissance anale du garçon et de la fille est pour l'enfant le mode d'expression agressif, satisfait par la réjection, alors même que le bon sein est introjecté. Le type de relations ambiantes qui s'établissent entre l'enfant et la mère, objet partiel, relations positives d'incorporation du bon sein, relations négatives de réjection du mauvais sein, constituent le Surmoi précoce qui a un aspect positif, analogue à l'Idéal-du-Moi, (le bon sein incorporé) et un aspect négatif et punitif (le mauvais objet de réjection).

Ces fantasmes précoces sont exprimés en langage d'adulte alors que l'enfant doit les vivre au stade encore ineffable de la pensée.

Ils ne sont élucidés que par l'activité interprétative du psychanalyste qui, seul, peut démasquer derrière l'agressivité apparente qui se manifeste dans les jeux de l'enfant sa peur et son anxiété liées à l'agressivité sadico-orale et sadico-anale."

A partir de là, LEBOVICI et DIATRINE (44) peuvent préciser leur description des fantasmes inconscients ou fantaisies telles qu'elles apparaissent dans l'analyse ; elles sont de deux types :

"a) Agressives, orales et anales avec introjection-réjection et échanges d'objets bons et mauvais chez les enfants dont le Moi n'est pas encore constitué.

b) Génitales, mais régressant vite vers un stade analogue chez les enfants plus âgés.

L'angoisse de morcellement, plus tard l'angoisse de castration, transformation de la précédente, sous-tendent ces fantaisies que les associations des enfants montrent comme étant d'une part leur représentation des relations entre parents, d'autre part ce qu'ils désirent et qu'ils craignent entre eux et leur analyste."

Bien entendu, l'étude de ces fantasmes ne prend son sens que si on les replace par rapport à chaque étape de la vie de l'enfant. Ainsi, on peut observer "chez d'assez nombreux enfants la persistance de productions spontanées exprimant directement des fantasmes primitifs à un âge où normalement les mécanismes du Moi auraient dû aboutir à une symbolisation plus poussée du matériel, à une génitalisation des conflits et à une meilleure adaptation de la réalité.

L'évolution la plus favorable comprend généralement l'apparition, à la fin de la période de latence et de la période prépubertaire, de défenses serrées et rigides restructurant la personnalité et évoluant vers le tableau d'une névrose obsessionnelle sévère." Ailleurs, ces auteurs résument ainsi cette notion : "La non-intégration des fantasmes au cours de l'évolution permet une compréhension dynamique des états pré-psychotiques et des différents facteurs pouvant conduire soit à une guérison relative par "obsessionnalisation", soit à la restructuration sur un mode psychotique".

POUR RESUMER :

Si, de l'analyse des cas d'adultes, se dégagent les relations étroites des structures psychotiques et hystériques, l'examen du matériel recueilli chez l'enfant permet de préciser la nature du matériel en cause, les caractères des fantasmes oraux, que Mélanie KLEIN, à la suite de FREUD et ABRAHAM, et LEBOVICI et DIATKINE ont décrits.

Mais si la prééminence des conflits oraux nous donne une des clés des relations entre hystérie et psychose, elle ne doit pas nous faire oublier que les

notions de fixation et de régression topiques (cf. FREUD (35)) ne prennent leur valeur qu'en fonction de l'évolution de la relation d'objet (cf. LEBOVICI (43)), DIATKINE (15) le souligne : "Les activités régressives, actualisation d'un passé vécu ancien, n'ont de signification qu'en fonction du vécu utilisable. La vie pré-objectale détermine probablement les premiers fantasmes de la vie objectale, mais ne peut s'évoquer dans l'analyse qu'à travers eux. (...) Cette constatation, qui n'enlève rien à la spécificité des structures, ne leur ôte que leur fatalisme Kraepelinien. (...) Ce qui reste spécifique des structures pathologiques, c'est le mode régressif (*) et non la régression en soi."

L'étude du cas de Laurent nous a ainsi permis de souligner :

I - La structure psychotique dissimulée sous l'allure hystérique des symptômes.

II - Les relations de l'hystérie et de la psychose
1°) sur le plan symptomatique,
2°) sur le plan évolutif.

III - La prééminence des conflits oraux dans ces deux structures ; d'où l'étude de l'oralité
- chez l'adulte,
- chez l'enfant.

- Ce serait tomber dans l'erreur méthodologique que nous avons stigmatisée que de limiter les possibilités évolutives de cette structure psychotique à manifestations hystériques à la "psychotisation".

- En effet, nous avons à maintes reprises évoqué les relations étroites des organisations libidinales orale et anale et le danger de s'en tenir à des références topiques statiques (rôle de la fixation - régression) pour rendre compte d'une structure. L'archaïsme même des pulsions orales en cause, l'allure mouvante des défenses mises en jeu, permet de supposer que cette structure mal solidifiée

---

(*) - C'est nous qui soulignons.

pourra se remanier chez l'adulte dans des directions évolutives très différentes.

C'est ce que nous envisagerons maintenant :

IV°/- POSSIBILITES EVOLUTIVES

1°/- Nous ne reviendrons pas sur le risque de "psychotisation" . Nous avons en effet montré que, (surtout chez l'enfant prépubère et l'adolescent), la frondière entre pré-psychose et psychose était ténue ; le souci constant du thérapeute sera justement de prévoir et de prévenir ce risque. Encore faut-il dire que c'est plus, (comme par exemple chez Laurent), vers le maintien de la dysharmonie constatée initialement qu'il faudrait s'orienter, dysharmonie qui pourrait conduire à l'âge adulte à ce qu'on appelle le "caractère psychotique", c'est-à-dire une organisation psychotique à la fois rigide et fragile de la personnalité, exposant à des risques de décompensation délirante mais se présentant le plus souvent comme asymptomatique au sens psychiatrique du terme. La probabilité la plus favorable serait, en fait :

2°/- L'OBSESSIONNALISATION .

- Le passage de l'une à l'autre de ces structures ne soulève pas de problème psychopathologique particulier quand on se rappelle les interrelations constantes des phases orale et anale. Rappelons qu'ABRAHAM écrit : "Certains traits anaux sont bâtis sur les ruines d'une oralité mal intégrée ; tout essai de compréhension du caractère anal doit s'appuyer sur la connaissance des stades précédents du développement."

- Nous ne pouvons reprendre ici la symptomatologie obsessionnelle, les relations de la névrose obsessionnelle avec le stade d'organisation anale de la libido, cela déborderait trop largement les limites de notre étude. Mais nous tenterons de marquer :

a) En quoi, théoriquement, les mécanismes de défense et la relation d'objet obsessionnels peuvent représenter un progrès par rapport à la phase évolutive précédente.

b) Comment - sur le plan clinique de l'évaluation pronostique - se situent respectivement structure hystérique et névrose obsessionnelle.

a/- On sait que les mécanismes de défense de l'obsessionnel sont essentiellement : l'isolation - l'intellectualisation - la rationnalisation - le déplacement - l'annulation - l'annulation des affects.

Par ailleurs, BOUVET (9) et (10) a bien défini, à propos de l'obsédé ou des patients à type prégénital de relation d'objet, les caractères de cette relation :

"Dans les rapports du sujet et de l'objet existe une certaine distance ; je désigne ainsi l'écart qui sépare la forme des manifestations instinctuelles du sujet à son endroit de ce qu'elles seraient si n'intervenaient pas des procédés d'aménagement de la relation. Ceux-ci ne sont autres que les activités défensives du Moi, ce que l'on désigne sous le nom de défense, mais le terme d'aménagement me paraît préférable, car il en précise le versus externe, alors que le terme de défense en caractérise le versus interne. Le diagnostic de structure, autrement dit la différenciation entre relations d'objet génitales et prégénitales m'a paru pouvoir se faire sur la qualité du contact aux premiers entretiens. (...) Dans les relations d'objet prégénitales, le contact est anormal dans sa monotonie ou sa luxuriance affective, d'une valeur humaine médiocre, stéréotypé, le sujet ne peut facilement abandonner un plan pour un autre."

- L'aspect péjoratif de ce type de relation envisagé "en soi" se tempère lorsqu'on évalue à travers les analyses d'adulte le progrès que cette relation peut représenter :

"Des travaux sur la névrose obsessionnelle, dit encore BOUVET, se dégage la notion que la technique obsessionnelle est une ultime tentative pour protéger le sujet contre la psychose. (...) Si la relation obsessionnelle protège le sujet contre la psychose, c'est qu'elle n'a pas seulement une signification destructrice (*), mais contient, en potentiel tout au moins, une relation d'objet libidinale. De l'ensemble de ces travaux découle la notion de l'importance primordiale, pour

---

(*) - C'est nous qui soulignons.

un sujet donné, qui n'a pu accéder à un autre type plus évolué de relations objectales, de la "technique obsessionnelle", cette technique assurant une relation stable (*) du sujet aux objets.

- Chez l'enfant, LEBOVICI et DIATRINE (45) ont montré que, si les obsessions pouvaient représenter les premiers signes d'une schizophrénie, elles peuvent avoir également une tout autre signification :

. Chez l'adolescent : c'est une forme quasi-normale d'évolution : "Chez l'adolescent, comme chez l'enfant qui aborde la période de latence, le Moi tend à se structurer inévitablement à l'abri de mécanismes de défense d'isolation d'où certains traits obsessionnels de la pensée et de la conduite."

. Dans d'autres cas, l'obsessionnalisation est de bon augure :
- soit qu'elle représente "le résidu refroidi d'une névrose, elle-même structurée à titre de défense contre l'angoisse psychotique" ;
- soit que des manifestations phobo-obsessionnelles (compulsion, isolation, annulation) viennent marquer, sous l'influence du traitement, l'heureuse fin d'une psychose confirmée (cf. également (44)).

- L'obsessionnalisation peut d'ailleurs s'opérer dans le cadre d'une instauration d'un caractère névrotique. Ici, sans angoisse apparente, s'installe un réseau de défenses relativement efficaces qui protègent contre les symptômes obsessionnels vrais - adaptation de meilleure allure mais qui ne met pas à l'abri d'effondrements psychotiques brutaux. C'est ici l'occasion de souligner à quel point il faut être prudent dans la pratique thérapeutique, quant à l'attaque de mécanismes obsessionnels de défense dont la destruction risque de livrer le sujet à la catastrophe psychotique.

Ainsi, au sein d'un état dysharmonique où l'oralité et ses risques apparaissent prévalents, l'analisation des conflits permettrait une prise de contrôle, une mise à distance, vis-à-vis des pulsions orales, au prix d'un aménagement défensif, certes mutilant, mais constituant une stabilisation des relations objectales.

(*) - C'est nous qui soulignons.

b/-- C'est dire que pour Laurent, l'obsessionnalisation serait bénéfique.

Elle irait d'ailleurs dans le sens de certains de ses mécanismes défensifs, déjà mis en place, sur lesquels il conviendra de s'appuyer pour "néo-structurer" son Moi autour d'éléments solides.

- Mais cliniquement, les relations entre hystérie et névrose obsessionnelle peuvent se poser à l'inverse ; c'est-à-dire qu'il peut s'agir de juger du pronostic d'une névrose obsessionnelle en voie de constitution sur la foi d'éléments hystériques de la relation.

JACQUELINE illustre ce type de problème clinique :

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans.

Sa mère, qui est venue consulter pour les difficultés scolaires de son jeune frère, me signale en passant qu'elle l'inquiète pour les symptômes suivants :

- tendance à l'isolement ;
- rigidité des jugements et austérité de la conduite (peu de sorties, refuse de fréquenter des garçons) ;
- et surtout : préoccupations multiples concernant la propreté. Elle ne supporte pas de voir traîner aucun objet, houspille sans cesse ses frères à ce sujet, préfère laver longuement la vaisselle alors que passe une émission de télévision qui la passionne, plutôt que de laisser à la cuisine une seule assiette sale, etc... etc...

Prenant prétexte des difficultés soulevées à la jeune fille par le comportement de son frère, je demande à la voir.

En même temps que ces signes de la série obsessionnelle, l'entrevue permet de mettre en évidence :

- Une présentation soignée - talons hauts, coiffure élaborée, soin de la tenue.
- Une aisance du contact, avec désir manifeste de plaire ; syntonie thymique, rires et sourires faciles.
- Une ambivalence dans les réactions d'identification à la mère qui avait installé au foyer son ami que Jacqueline a très mal toléré (son père est mort quand elle avait 6 ans).

Bref, des éléments de la série hystérique qui m'ont fait corriger l'impres-

sion défavorable du récit de la mère, d'autant plus que les conflits avec la mère et les frères sont exprimés par Jacqueline avec une liberté d'expression dans l'agressivité qui sont bien aux antipodes de l'aménité obsessionnelle.

On pourrait multiplier à l'envi les exemples cliniques analogues, dans lesquels l'un ou l'autre des éléments hystériques apparaissent, notamment dans d'autres cas, des fabulations, des récits mythomaniaques, etc...

Dans tous ces cas, la note hystérique éclaire le tableau clinique et paraît autoriser un pronostic meilleur. En effet, avec toutes les réserves de mise, on peut penser que dans ces cas, les conflits seront plus mobilisables, la psychothérapie plus aisée et plus rentable à court terme.

Les relations entre hystérie et névrose obsessionnelle peuvent donc s'entendre dans deux directions différentes :

- soit l'obsessionnalisation représente la consolidation d'une structure hystérique-psychotique, - et c'est une éventualité heureuse ;
- soit la "teinte" hystérique de la symptomatologie permet d'espérer, devant une névrose obsessionnelle incipiens, une évolution plus favorable.

A propos de "caractérologie orale", à propos de "caractères obsessionnels", nous avons déjà soulevé la problématique du caractère névrotique hystérique. Il nous faut maintenant envisager cette dernière possibilité évolutive :

3°/- LA NEVROSE DE CARACTERE HYSTERIQUE, ou déséquilibre hystérique de la conduite.

La notion de "caractère névrotique" mériterait, à elle seule, une étude approfondie. Nous ne pouvons ici qu'évoquer très schématiquement les problèmes qui se posent à ce sujet.

Nous avons eu souvent, au cours de ce travail, l'occasion d'employer le terme "structure" : "structure hystérique" - "structure obsessionnelle" - "structure psychotique ou pré-psychotique".

Cette notion se dégage des données cliniques :

- recueillies idéalement au cours du long développement de relations psychothérapiques ;

- parfois évoquées seulement après un entretien, mais où l'examen clinique ne se limite pas à un inventaire de symptômes ; il est conçu comme l'appréciation d'un type de relation où observateur et observé sont engagés dans une interrelation bipolaire, où le thérapeute "n'observe qu'en s'observant observé". (14) .

Il s'agit de l'appréciation :

- de la valeur du Moi et des mécanismes de défense
qui lui permettent de lutter contre son angoisse ; le mode d'organisation des défenses - leurs remaniements successifs, prenant une extrême valeur.

- du niveau pulsionnel des conflits

- de l'aménagement de la relation objectale
Le concept de structure englobe celui de caractère ; des caractères très différents peuvent relever de structures identiques. Le caractère représente donc "l'ensemble des modes relationnels de l'individu avec ce qui l'entoure, dans la perspective qui donne à chaque personnage son originalité."

La névrose de caractère dérive de cette définition. Il s'agit de névroses sans symptôme (cf. GLOVER (37)), mais dont le comportement pathologique amène à consulter. GLOVER insiste sur la sévérité du pronostic de ces névroses asymptomatiques ; l'adaptation apparente, en particulier l'adaptation sociale recouvrant une rigidité de l'organisation du moi qui peut flancher dans de brutales décompensations, en particulier au cours du traitement ; nous avons vu que ces traits permettent de rapprocher caractères névrotique et psychotique en une même nuance péjorative. REICH (59), a montré que les traits de caractère peuvent être considérés comme des résistances au traitement.

Bien entendu, les relations entre structure, caractère et névrose de caractère sont étroites - mais il importe de conserver cette distinction.

Du "caractère hystérique" ou "névrose du caractère hystérique", de nombreuses descriptions ont été données (cf. en particulier : J. MALLET (51),) - FENICHEL (21), décrit les principaux traits de caractère hystérique ; ce sont :

- L'érotisation des relations, permise par la force du refoulement des pulsions sexuelles, toute sexualité représentant, pour l'hystérique, l'amour incestueux interdit.

- La suggestibilité ;

- La possibilité d'irruptions émotives irrationnelles dans le comportement ;

- Le caractère chaotique de la conduite.

- Le cabotinage avec goût pour la dramatisation, le mensonge, la confabulation ; (nous retrouvons ici ce que nous avons dit à propos de la mythomanie).

H. EY (19) et (20), parlant de l'inconsistance de l'hystérique, dit que chez lui "le masque du personnage cache complètement la personne" ; on pourrait multiplier les exemples, que l'on retrouve dans toute la littérature concernant l'hystérie. Comme l'écrivent DIATRINE et FAVREAU (14), "les traits de caractère hystérique sont classiques. Nous trouvons des descriptions hautes en couleur : l'hystérique est un sujet nerveux, spectaculaire, excessif dans ses expressions, théâtral et mythomane. Sa suggestibilité est démontrée par la facilité avec laquelle on peut déclencher ou arrêter les manifestations pathologiques de ces sujets. Elle témoigne du caractère régressif de ces traits de comportement, qui sont à la recherche d'une relation d'amour infantile, alors que le sujet ne peut supporter la relation amoureuse adulte. Cependant, le caractère hystérique est d'une délimitation difficile. Chez les sujets normaux, le "rôle" intervient parfois de façon déterminante dans l'apparition de traits de comportement très comparables. L'exhibitionnisme spectaculaire de l'hystérique peut être l'effet d'une situation de groupe. Ceci n'est pas pour nous étonner, car le propre du normal est de pouvoir, temporairement, régresser sans mal. (...) Nour rencontrons des traits de caractère hystérique chez des malades à structure complexe. La délimitation clinique de l'hys-

térie est du reste en perpétuelle révision. La notion même de crise névropathique n'est peut-être pas un critère nosologique suffisant. Ajoutons que les phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation des hystériques nous conduisent aux confins de certains tableaux schizophréniques."

En fait, ici comme ailleurs, le problème n'est pas de multiplier les descriptions phénoménologiques, mais de replacer cette organisation pathologique et les troubles de la conduite qu'elle peut entraîner dans l'histoire vécue du sujet. Le diagnostic posé prendra alors toute sa valeur, c'est-à-dire permettra d'évaluer le pronostic et les indications thérapeutiques. Ainsi la probabilité d'installation d'une névrose de caractère hystérique (probabilité sur laquelle nous émettons toutes les réserves que notre travail justifie) chez Renaud et chez Anna revêt une signification fort différente dans les deux cas :

- Pour le premier, cette évolution représente une infiltration du caractère et de la conduite pouvant laisser craindre des difficultés relationnelles, où l'angoisse serait liquidée à travers un comportement d'allure perverse, avec goût de mystifier, d'abuser l'entourage, pouvant aller jusqu'à une personnalité d'escroc. L'existence de phénomènes hystériques est donc chez lui plutôt péjorative.

- Pour la seconde, au contraire, la symptomatologie initiale pouvait faire craindre l'installation d'une névrose obsessionnelle confirmée, avec ses défenses mutilantes, l'entrave qu'elle peut apporter à la vie du sujet. Chez elle, la symptomatologie hystérique éclaire donc un tableau primitivement sombre. On peut dire que la névrose de caractère est, chez Anna, un moindre mal.

De plus, pour l'un comme pour l'autre, ces éléments ne peuvent s'apprécier qu'en fonction des relations de ces sujets avec leur environnement.

"Les traits de caractère névrotique ne se comprennent qu'en fonction de l'évolution des structures, qui sont le témoin de l'organisation de la personnalité en vue de liquider l'angoisse primitive issue de la contradiction des premières expériences. Chaque ébauche structurale influe sur l'appréhension du milieu extérieur, et celui-ci agit à son tour dans la formation des structures suivantes.

Très tôt, se produit une évolution différentielle en fonction de dysharmonies de maturation s'articulant avec les modes particuliers d'environnement. Nous retrouvons là une loi générale de l'intégration nerveuse formulée par AJURIAGUERRA (4):

"Dans le système nerveux, il existe un fond toujours en activité sur lequel viennent apparaître des figures qui correspondent à la réalité actuelle. La forme interne que prend la figure, reflet de la réalité, n'a son caractère de généralité que par rapport à un fond génétiquement organisé, et son individualité que par rapport à une gestalt actuelle."

Nous avons vu également comment des équilibres durables peuvent survenir dès l'enfance et l'adolescence. Il en résulte une élaboration de certains traits de caractère en relation tant avec l'organisation du "Moi" et des pulsions, que des conditions vitales actuelles. Dans certaines situations angoissantes en fonction des fantasmes inconscients, l'équilibre peut être rompu sans qu'il y ait pour autant de modifications structurales. Les positions antérieures prises vis-à-vis des objets ne permettent plus l'évitement des réactions catastrophiques. C'est alors que le sujet organise des symptômes dont l'apparition marque le début apparent de la névrose. Nous pensons avoir montré combien les remaniements des investissements dépendaient d'équilibres entre les éléments endogènes et exogènes. Certains investissements narcissiques semblent pouvoir préserver les malades de la nécessité d'organiser des symptômes (*). Toute discussion sur la genèse des névroses qui négligerait l'aspect évolutif et dynamique des organisations prénévrotiques risquerait d'être stérile. La recherche d'un processus contemporain du début clinique serait illusoire si elle devait être systématique, car les modifications organiques partiellement responsables de la genèse du trouble sont souvent des dysharmonies de la maturation perceptivo-motrice, très antérieures à l'évolution différentielle des structures. Elles ne sauraient à elles seules l'expliquer, car elles ne sont pathogènes qu'en fonction de l'altération du vécu qu'elles risquent d'engendrer." (I4)

* * *

Ainsi, nous croyons avoir montré que la structure hystérique, telle qu'elle se présente par exemple chez un adolescent comme Laurent, est une structure ouverte, non défendue, prête à colorer des formes pathologiques de trame plus serrée et à

---

* c'est nous qui soulignons

leur imprimer une allure différente. En matière de psychiatrie infantile, il est encore plus malaisé que chez l'adulte d'évaluer le pronostic. L'avenir de l'enfant que l'on amène consulter ne pourra être esquissé que sur un ensemble de données inséparables les unes des autres et qui n'ont aucune valeur, répétons-le, prises isolément.

Il s'agit :

- outre du bilan soigneux des symptômes et de leur importance respective,
- des renseignements fournis par l'entourage sur les premiers mois de la vie de l'enfant,
- de la tolérance de l'environnement aux symptômes mentionnés, et il faut ici rappeler que la relation objectale ne se fait pas dans un seul sens. Comme le rappelle LEBOVICI, "la description de la relation objectale réciproque reste à faire". (43).

Tous ces éléments non seulement sont liés les uns aux autres à un moment donné, mais encore s'inscrivent dans une histoire.

La description statique des symptômes, toujours nécessaire, n'apparaît plus comme tout à fait suffisante : il faut y ajouter la dimension de continuité historique du sujet ; l'étude d'une structure, pour être féconde, ne peut être que dynamique.

En ce qui concerne l'hystérie de l'enfant, la nécessité d'études longitudinales apparaît singulièrement impérieuse. Comme l'a montré le Pr MICHAUX, le polymorphisme évolutif de l'hystérie "conduit à penser que si l'hystérie de l'enfant est fragile, elle suppose un terrain qui doit nuancer l'optimisme du pronostic."

Les exigences d'une étude psychopathologique sont liées aux nécessités thérapeutiques. Certes, et nous l'avons vu longuement, dans certains cas, le pronostic de la structure hystérique est réservé. Mais souvent, au contraire, sa découverte permet d'espérer une plus grande mobilité des conflits, une souplesse des mécanismes de défense sur lesquels la psychothérapie viendra s'appuyer dans une relation néo-structurante. Si l'hystérique se situe vraiment à la frontière

de nombreux cadres pathologiques, le caractère "d'ouverture" de sa relation objectale, de labilité de ses défenses, constitue une véritable demande : à nous d'y répondre.

L'évolution n'est pas fixée inexorablement d'avance : elle peut, à chaque instant, dépendre de ce que nous offrirons au patient pour surmonter ses conflits et les compromis symptomatiques qui en découlent.

*
* *

C O N C L U S I O N S

I - Depuis 1940, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de l'hystérie infantile, les écrits antérieurs à cette date ne faisant guère que valider l'existence de l'hystérie chez l'enfant. Ces études, inaugurées par HEUYER en 1941, ont trouvé leur aboutissement dans les plus récents travaux du Professeur L. MICHAUX et de ses collaborateurs. De ces publications se dégage une clinique très complète de l'hystérie infantile : description des symptômes (dont le polymorphisme est souligné par tous), caractères généraux des manifestations hystériques, facteurs déclenchants (traumatisme - émotions - maladies antérieures), rôle du terrain, du milieu familial et social, comparaison avec l'hystérie de l'adulte, qui a servi de modèle clinique, pronostic considéré comme favorable dans l'ensemble ; cependant (Mme VAUGELADE), "les névroses d'angoisse et les troubles hypocondriaques se voient assez fréquemment, les récidives ou les passages à la chronicité, les incidents médico-légaux liés au terrain mythomaniaque ne sont pas exclus, l'apparition d'une schizophrénie reste à redouter." "Cette constatation conduit à penser que, si l'hystérie de l'enfant est fragile, elle suppose un terrain qui doit nuancer l'optimisme du pronostic." (Pr MICHAUX).

II - Les observations précédentes portent toutes sur un grand nombre de cas. Etudes horizontales qui rassemblent des éléments parfois hétérogènes dans un cadre nosographique unique, où les relations avec des entités voisines sont abordées à titre de diagnostic différentiel : les formes de passage sont souvent difficiles à saisir.

Dans une perspective DYNAMIQUE, nous sommes conduits à préciser la valeur des symptômes hystériques par rapport aux structures et pré-structures évolutives de l'enfant ; c'est-à-dire que chaque élément sera replacé dans un ensemble structural comprenant l'évaluation de la valeur du Moi et de l'organisation des mécanismes de défense, du niveau pulsionnel des conflits, des aménagements de la relation objectale. Aucun argument diagnostique ou pronostique ne sera tiré de cette évaluation en dehors d'une appréciation chronologique qui tiendra compte du remaniement constant des organisations de l'enfant.

III - Nous nous sommes ainsi limités à l'étude d'un petit nombre de cas, suivis pendant une période assez longue pour permettre l'appréciation longitudinale de ces remaniements structuraux et du pronostic qui en découle.

Si l'éventail des résultats semble très étendu, c'est qu'il n'existe pas entre les réponses différentes de solution de continuité. La structure hystérique apparaît comme ouverte, non défendue, s'opposant à l'aspect défensif serré, figé de la névrose obsessionnelle.

Comme FREUD en a eu le premier l'intuition, le symptôme de conversion offre à nu sa signification symbolique : l'hystérique exprime d'autant plus volontiers, à travers le compromis symptomatique, la pulsion libidinale qui le sous-tend, que le sens lui en est caché par le refoulement ; par le biais de cet

aménagement, il peut se permettre d'obéir largement au principe de plaisir.

En dehors du symptôme de conversion, la relation hystérique à autrui se caractérise par l'aisance du contact rapidement érotisé, le désir de séduire, la richesse d'expression émotionnelle et de dramatisation du récit, l'émergence de ces éléments excluant l'accès à un niveau génital d'organisation.

1°/- Le cas de RENAUD pose le problème des relations entre la mythomanie et les symptômes de conversion. L'investissement d'abord somatique de ses conflits (liés apparemment à l'angoisse de castration), s'est peu à peu transformé en un investissement exclusivement fantasmatique. Ces remaniements ont abouti à un équilibre, mais un équilibre instable où se dessinent déjà certains traits de caractère qui gauchissent la relation de RENAUD et de sa famille et risquent d'engendrer une altération mutilante du vécu.

2°/- ANNA se présente, au dernier examen, comme un caractère hystérique. Il est intéressant de rapprocher l'épisode de simulation qu'elle a présenté, du soi-disant "début de polio" de Renaud. Mais à l'inverse de celui-ci, les symptômes qui avaient motivé la consultation étaient du type idées obsédantes. Chez elle, l'allure hystérique du comportement apportait une note pronostique favorable :

- d'une part quant à la possibilité de mobilisation rapide des conflits à l'intérieur de la psychothérapie ;

- d'autre part quant à l'absence d'évolution vers une névrose obsessionnelle confirmée (ainsi que l'a prouvé la disparition spontanée des idées obsédantes).

3°/- Il y a lieu de rapprocher de ce cas celui des jeunes filles, telles JACQUELINE, présentant à la puberté des obsessions. Chez elles, un mode hystérique de relation tel que nous l'avons défini est également de bon pronostic, laissant présager une crise juvénile sur laquelle la psychothérapie agira efficacement.

4°/- Le cas de LAURENT est diamétralement opposé aux observations précédentes. Chez lui, les éléments hystériques des symptômes et du contact nous mettent en présence d'un aspect oral profondément régressif des conflits avec passage direct de l'oral au génital. L'absence d'aménagement défensif solide témoigne d'une véritable structure ouverte sans aucune prise de contrôle vis-à-vis des pulsions orales.

A l'opposé des cas précédents, où l'hystérisation permettait d'éviter le passage à la névrose obsessionnelle, la meilleure hypothèse évolutive serait l'obsessionnalisation des mécanismes de défense, avec renforcement du Moi qui se présente actuellement comme un moi psychotique fragile.

IV - Replacés dans leur perspective évolutive, les symptômes hystériques de l'enfant revêtent une valeur très différente, suivant les possibilités de transformation chez l'adulte :

- en névrose hystérique de caractère ou déséquilibre de la conduite ;
- en névrose obsessionnelle authentique ou obsessionnalisation des défenses;
- en organisation psychotique, de type "caractère psychotique" plutôt que psychose confirmée.

L'étude catamnestique pourra infirmer ou confirmer l'optimisme ou le pessimisme des conclusions initiales. Par exemple, rétrospectivement, l'obsessionnalisation pourra représenter un mode péjoratif d'évolution ou, au contraire, la néo-structuration souhaitable d'un Moi psychotique. Dans cette "pathologie de frontière" qu'est l'hystérie infantile, rien n'est jamais tout à fait joué ; les aléas de la clinique psychiatrique de l'enfant, s'ils incitent à la prudence diagnostique, permettent aussi de ne pas renoncer trop vite aux tentatives thérapeutiques.

*
* *

Vu, le Président de Thèse :

Pr. Léon MICHAUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

Nous n'avons retenu que les auteurs cités dans notre travail.
On retrouvera une Bibliographie complète dans notamment : (20) (51) (66) (65) .

1 - ABRAHAM (K) - Investigations sur la 1ère phase de la libido. (Selected Papers)

2 - " - Brève étude de la libido à la lumière des troubles mentaux. (Selected Papers)

3 - " - The influence of oral erotism on character formation . (Selected Papers)

4 - AJURIAGUERRA (J. de) - Vue d'ensemble sur les troubles d'évolution de la motricité du langage et du caractère à dysfonctionnement conjoint - Sauvegarde, 32 - 1949, pp.1-36 .

5 - " - Le Problème de l'Hystérie - Encéphale - 1951, p.50.

6 - BERNHEIM et KOHLER - L'hystérie et les accidents pithiatiques de l'enfant. Pédiatrie - 11 - 49 .

7 - BEZY (P.) - L'hystérie infantile - Congrès de Toulouse - 1897 .

8 - BOISSEAU - Hystérie et simulation - Annales médico-psychologiques 1949, 107 - n° 3 - pp. 250-286 .

9 - BOUVET (M) - La Clinique psychanalytique - la relation d'objet - in Psychanalyse d'aujourd'hui - Nacht édit. I - pp. 41-121 - P.U.F. 1956 .

10 - " - Les variations de la technique - Revue franç. Psychanalyse, XXII - 1958, pp. 145-190.

11 - CASAUBON (L. de) - De l'Hystérie chez les jeunes garçons.

12 - CLAUDE (H.) - Démence précoce et schizophrénie - Congrès des Aliénistes et Neurologistes - Genève-Lausanne, 1926.

13 - " - Rapports de l'Hystérie et de la Schizophrénie - Annales neuro-psychol. 1937 - II, p. 1 et 241.

14 - DIATRINE (R) et FAVREAU (J.) - Le caractère névrotique - Revue franç. Psychanalyse - XX - pp. 153-236 - 1956.

15 - DIATRINE (R) - La notion de régression - Evolution psychiatrique - 1957 - III - pp. 405-425.

16 - DIATRINE (R) - Intervention au XX° Congrès Psychanalystes de langues romanes - Revue française de Psychanalyse - XXII - 1958 4 - 5 - pp. 562-564.

17 - DUCHE et ENGELS - Les tests projectifs dans l'étude de l'Hystérie infantile et juvénile - Revue de Neuro-Psychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'Enfance - Mai-Juin 59, 5 - 6.

18 - DUPRE (E.) - La mythomanie - Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides - Paris, 1905. 68 pp.

19 - EY (H.) - L'Hystérie - Gazette des Hôpitaux - 1935 - 46-797 - et 48-829.

20 - EY (H.), BERNARD (P.) et BRUSSET (C.) - L'Hystérie - in Manuel de Psychiatrie - 1960.

21 - FENICHEL (O.) - La Théorie psychanalytique des névroses - P.U.F., 1953.

22 - FREUD (A.) - Le Moi et les mécanismes de défense.

23 - FREUD (S.) et BREUER - Etudes sur l'Hystérie - P.U.F., 1956.

24 - FREUD (S.) - Some general remarks on hysterical attacks - Coll. Papers - 2 - p. 100.

25 - " - The Neuro-Psychoses of Defence - Coll. Papers 1, 59.

26 - " - The Aetiology of Hysteria - Coll. Papers 1, 183.

27 - " - La naissance de la Psychanalyse - P.U.F. 1956, 426 pp.

28 - FREUD (S.) - Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora), in cinq Psychanalyses - pp. 1-91 - P.U.F. 1954.

29 - " - Hysterical phantasies and their relation to bisexuality. Coll. Papers - II - p. 51 - 2ème Edition.

30 - " - General remarks on hysterical attacks - Coll. Papers - II - p. 100 - 2ème édition.

31 - " - Psychogenic visual disturbances according to psycho-analytical conceptions - Coll. Papers II - 2° éd. p. 105 .

32 - " - Trois Essais sur la théorie de la sexualité - Gallimard, 56ème édition - 1949.

33 - " - Psychologie collective et analyse du Moi - Essais de Psychanalyse - pp. 76-162 - Payot, 1951.

34 - " - Extrait de l'histoire d'une névrose infantile - L'homme aux loups - Cinq Psychanalyses.

35 - " - Introduction à la Psychanalyse - Payot, 1949.

36 - GELMA - Simulation et hystérie - Annales M°-psychologiques - 1950, 108 - n° 2 - pp. 162-172.

37 - GLOVER - The neurotic character - Int. J. of Psycho. Anal. VII, 1926 pp. 11-30.

38 - GRUNBERGER (B.) - Conflit oral et hystérie. Revue Franç. - Psychanalyse - 1953 - XVII - 250-265.

39 - " - Considérations sur l'oralité et la relation d'objet orale - Rev. franç. Psychanal. XXIII, 1959, pp.177-197.

40 - KLEIN (M.) - La Psychanalyse des Enfants - P.U.F. 1959.

41 - LAROCHE (J.)- Les idées délirantes de l'enfant - Aspects cliniques - Psychiatrie de l'enfant - IV - 1, pp. 1-63.

42 - LEBOVICI (S.)- Hystérie et Psychose infantile - Revue de neuro-psychiatrie inf. et d'Hygiène mentale de l'enfance, Paris 1959, 7, N°5-6.

43 - " - La relation objectale chez l'enfant - Psychiatrie de l'enfant III - 1 - pp. 147-226 .

44 - LEBOVICI (S.) et DIATRINE (R.) - Etude des fantasmes chez l'enfant - Revue française de Psychanalyse - XXVIII - 1, 108, 155 (1954).

45 - " " - Les obsessions chez l'enfant - Revue franç. Psychanalyse - XXI - 5, 647-681, (1957).

46 - " " - A propos de la contribution du psychodrame à la psychothérapie psychanalytique des psychoses. Revue française de Psychanalyse - XXII - 4-5, 621-627 (1958).

47 - LEBOVICI (S.) et Me DOUGAIL (J.) - Un cas de psychose infantile - P.U.F. Paris, 1960.

48 - LJUNGBERG - Hystéria - Acta psychiatrica neurologica scandinavia - 1957, 32 - supp. 112.

49 - LOGRE - Etat mental des hystériques - in Traité de Sergent - 1921.

50 - MALE (P.) et GREEN (A.) - Les pré-schizophrénies de l'adolescence - Evolution psychiatrique - 1958, II, pp. 323-375 .

51 - MALLET (J.) - L'hystérie - Encyclopédie médico-chirurgicale - Tome II, 1955.

52 - MICHAUX (L.)- L'hystérie infantile - Les Entretiens de Bichat - Médecine 1952 - 195-198.

53 - " - Considérations sur l'hystérie infantile - Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, 1959 - 7 - n° 5-6.

54 - MOREAU (de TOURS, P.) - La folie chez les enfants - 1888 .

55 - NEYRAUT (M.)- A propos de la mythomanie - in Evolution Psychiatrique - 1960 - XXV - IV - pp. 533-558.

56 - NIEL (A.) - Le problème du pithiatisme et de l'hystérie chez l'enfant - étude critique - Thèse - Lyon, 1949.

57 - PARIS (H.) - De l'hystérie chez les petites filles - Paris, 1880.

58 - PROCTOR (J.T.)- Hysteria in childhood - American journal of Orthopsychiatry XXVIII - April 58 - 2 - p.394-407.

59 - REICH (W.) - Character analysis - Orgone Press Institute New-York - 3ème éd. 1949, 516 pp.

60 - ROBIN (G.) - Les enfants hystériques - L'esprit médical - Avril 1942 - CCCVIII - 5 .-

61 - ROBINS (E.) et O'NEAL (P.) - Clinical features of hysteria in children, with a note on prognosis - A two to seventeen years follow-up study of 41 patients - Nervous Child - New-York, 1953 - 10 n° 2, pp. 246-271.

62 - SERIEUX (P.)- La démence précoce, Paris, 1902.

63 - SOCCARAS (F.) - Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle - Revue Française de Psychanalyse - XXI - 1957 - 4 - 535-552.

64 - STEIN (C.) - Le mutisme chez l'enfant - Thèse - Paris, 1954.

65 - VAUGELADE (S.)- L'hystérie chez l'enfant - Thèse - Paris, 1958.

66 - VIVIEN - Contribution à l'étude des accidents pithiatiques chez l'enfant, Thèse, Paris, 1943.

67 - WAROT (P.) et MAURIN (P.)- Hystérie infantile et juvénile - Revue de Neuro-psychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance Mai-juin 1959 - 5-6 .

68 - HEUYER (G.)- Intervention, Société de Psychiatrie, 1922 .

69 - " - Congrès de Bruxelles, 1935.

70 - " - Introduction à la psychiatrie infantile, P.U.F.-

-o°o-

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]